

Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO 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)

Série Cidadania do Cuidado

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

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 / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

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

ORGANIZADORES
Roseni Pinheiro
Ruben Araujo de Mattos

Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO

Rio de Janeiro
2007

Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

1ª edição / novembro 2007

Copyright © 2007 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDE SIRIUS / CBC

R 278 Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
404 p.

ISBN: 978-85-89737-41-8

1. Cuidado com os doentes – Aspectos sociais. 2. Assistência integral à saúde. 3. Serviços de saúde pública. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben Araujo de, 1957- III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. V. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.39(81)

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

Apresentação	07
---------------------------	-----------

PARTE I - RESPONSABILIDADE

Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde	15
Roseni Pinheiro	

Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público	29
Tatiana Coelho Lopes, Regina Lúcia Monteiro Henriques e Roseni Pinheiro	

Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso	41
Cristiani Vieira Machado, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Luciana Dias de Lima	

Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral	63
Elma Zoboli	

Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores	79
Felipe Dutra Asensi	

PARTE II - EPISTEMOLOGIA DA PRÁTICA

A filosofia empírica da atenção à saúde	101
Kenneth Camargo	

Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade	113
Maria Elizabeth Barros de Barros	

Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde127

José Ricardo de C. M. Ayres

A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde145

Isabel Brasil Pereira

Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar165

Lilian Koifman, Gilson Saippa Oliveira e Veronica Fernandez

PARTE III - ENSINO

Escuta como cuidado: é possível ensinar?185

Lélia Maria Madeira, Ana Flávia Coelho Lopes, Elysângela Dittz Duarte, Erika da Silva Dittz e Tatiana Coelho Lopes

Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?199

Ana Lucia C. Heckert

Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária213

Cesar Augusto O. Favoreto

Escuta como cuidado: é possível ensinar?231

Andrea Caprara

PARTE IV - REDES SOCIAIS

Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social249

Alda Lacerda, Maria Beatriz Guimarães, Carla Moura Lima e Victor Vincent Valla

O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica263

Octavio Bonet e Fátima Regina Gomes Tavares

Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor279
Tatiana Engel Gerhardt

Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado301
Martha Cristina Nunes Moreira

Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros317
Wilza Vieira Villela e Eleonora M. Oliveira

PARTE V – HUMANIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção335
Paulo Henrique Martins

Perda de ética no trabalho acadêmico: geração de sofrimento e doença entre trabalhadores universitários a partir do produtivismo como valor-fim entre pesquisadores docentes357
Madel T. Luz

Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade369
Ruben Araujo de Mattos

O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde385
Suely F. Deslandes

Sobre os autores397



APRESENTAÇÃO

Cuidado como valor: razões públicas para a integralidade em saúde

ROSENI PINHEIRO
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Esta coletânea inaugura a 3ª fase do Projeto Integralidade, sendo celebrada com a realização da sétima edição do seminário anual do projeto. A proposição desse tema se insere na linha de atuação e série editorial “Cidadania no Cuidado”, do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, destinada a discutir e refletir criticamente sobre as práticas institucionais, desenvolvidas em serviços/programas de saúde, fundamentadas no princípio da integralidade, buscando compreender como estas práticas e os saberes que as sustentam podem possibilitar pensar e agir no sentido da alteridade, ajuizamento e a responsabilidade acerca das escolhas sobre os meios e formas de os sujeitos cuidarem e serem cuidados.

Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor é um livro para se “escutar” e “pensar agindo”. Trata-se de um convite ao leitor para compartilhar com os autores as diferentes proposições analíticas, teóricas e metodológicas sobre o cuidado em saúde, cuja intencionalidade reside no diálogo, na reflexão e na crítica responsável sobre as questões que nos inquietam e nos desassossegam em nossas atividades, na pesquisa, no ensino e nos serviços.

A busca pela sistematização rigorosa de estudos que qualifiquem o tema da integralidade em saúde tem sido o principal objetivo do grupo LAPPIS, que contou com valiosas contribuições de pesquisadores associados e convidados, no sentido de superar o desafio imposto pela fragmentação, dicotomização, incompreensão epistemológica, decorrente da ditadura do monismo conceitual e

metodológico característico de um certo modo hegemônico de produção do conhecimento, do qual a saúde não escapa. Esta fase abre uma nova agenda de investigações, fruto do amadurecimento e redimensionamento de novos objetos e desenvolvimentos de abordagens híbridas, coerentes com o campo da Saúde Coletiva.

Este livro consiste num concreto empreendimento humano, que propõe repensar formas de reintegrar o pensamento e a ação na produção do cuidado em saúde. Em edição anterior, também tratamos do tema cuidado elegendo-o como a unidade de fronteiras da integralidade em saúde, como um amálgama de saberes e práticas, contribuindo para a construção de práticas eficazes como resposta às demandas dos usuários no cotidiano dos serviços. Buscamos recuperar algumas questões latentes, não abordadas ou mesmo aprofundadas na publicação anterior, que pudessem responder não somente “o quê” ou “o que falta” fazer para efetivar a integralidade, mas “como” concretizá-la. Observamos que responder a esta questão nos exigia assumir uma premissa: para se conceber o cuidado como valor, tornava-se mister reconhecer o *ethos* cultural de quem é cuidado e de quem cuida. Nesse sentido, reconhecer a diversidade e pluralidade dos objetos da saúde e as formas de analisá-lo constituía um imperativo, no qual a justificativa pública se corporificaria por todos aqueles que buscam produzir um conhecimento emancipatório, responsável e comprometido com a afirmação da vida e da saúde como um bem comum.

Problematizar o conhecimento em saúde tem sido nossa tarefa, que se amplia nos objetivos deste livro, ou seja, para reconhecer o *ethos* humano devemos repensar o modo como tratamos a questão do valor dos valores na sociedade contemporânea e as soluções de investigações a ela destinadas. Poderíamos dizer que essa tarefa, por si só, já seria constitutiva e constituinte, para compreender o cuidado como a principal razão pública da integralidade em saúde. Mas não paramos por aí.

Para avançar nesta compreensão, elegemos temas considerados dialógicos e polifônicos, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, buscando oferecer conciliações teóricas e metodológicas de diferentes abordagens oriundas dos campos da Saúde, Direito, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Educação, Comunicação e Antropologia.

Responsabilidade, epistemologia da prática, ensino, redes sociais e humanização, avaliação e organização dos serviços configuram as chaves para abertura desses diálogos. Funcionam como dispositivos de reflexão capazes de alargar o pensar como uma ação inevitavelmente humana, cujo agir em saúde confere uma abertura de sentidos de revalorização do cuidado como exercício da cidadania.

Composta por 23 textos inéditos, divididos em cinco partes, esta edição contou com a participação de diferentes grupos de pesquisa, que, em seus nichos locais, se voltam para pensar a ação no cuidado em saúde, sem o compromisso de prescrever a forma de cuidar ou prover cuidado. Analisar criticamente as experiências do cuidar nos convoca também a repensar as práxis de ensino, pesquisa e serviço em seus espaços-cotidianos, no sentido de tornar esses dispositivos potências transformadoras das práticas dos sujeitos envolvidos na oferta do cuidado em saúde.

Apostamos que as discussões aqui oferecidas irão se desdobrar em tantas outras discussões e produções, que não se limitem ao debate do seminário, mas que adentrem salas de aulas, campos de estágios, laboratórios de pesquisas, serviços, fazendo parte do cotidiano de nossas instituições acadêmicas e de serviços.

Esperamos que os leitores apreciem a leitura, escutando, reagindo com reflexões e ações, que de fato reintegrem o pensar e o agir na produção do cuidado em saúde, assumindo valores éticos para sua construção. Isto significa, no plano das instituições, realizar a inadiável tarefa de reintegrar suas ações de pesquisa, ensino e intervenção, todas elas formas de comunidades humanas. Tal tarefa não nos escusa da responsabilidade coletiva, e por isso histórica, com a criação e reinvenção do mundo por nós habitado.



PARTE I

Responsabilidade



Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde

ROSENI PINHEIRO

É possível considerar o cuidado como um valor? Respondemos que sim. Trata-se de uma resposta que não é e nem será unívoca, tampouco acabada. Este ensaio tem a finalidade de repensar (e reagir) sobre o imperativo de se conceber o cuidado como valor, a partir da tese de que o cuidado configura o *ethos* humano, do agir em saúde, o cerne das práticas eficazes da integralidade de suas ações.

A questão do cuidado vem sendo discutida em diferentes produções teórico-metodológicas desenvolvidas pelo grupo de pesquisa, em um profícuo debate, sempre auspicioso, motivando diferentes desdobramentos do Projeto Integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2000, 2001, 2003 e 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007).

Para defender essa tese, nos ancoramos no argumento de que é mister construir articulações teórico-práticas capazes de refletir sobre a necessária reintegração do agir e pensar na produção do cuidado em saúde. Nesse sentido, propomos a integralidade como dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-políticos, que têm no cuidado sua maior expressão como atividade humana. Daí surge um questionamento subjacente a essa argumentação, que diz respeito à concreta capacidade que temos, como sujeitos políticos que somos, de pensar sobre nossas próprias ações. Partimos do entendimento de que pensar, no sentido arendtiano do termo, é uma atividade intrinsecamente humana e cerne de sua condição que,

como prática, nos exige a formação de um juízo (julgamento) e a imputação de responsabilidades (pessoal e coletiva) com o mundo por nós habitado.

Buscaremos discutir certos aspectos da questão que corroborem esta defesa, utilizando leituras e releituras sobre as evidências que encontramos nos trabalhos realizados no grupo de pesquisa – dentre eles, teses, dissertações e trabalhos de final de curso concluídos ou em andamento, sobretudo na revisitação das questões trabalhadas nas coletâneas produzidas. Além disso, também ousamos “beber” de outras fontes críticas, todas elas muito referenciadas nesses trabalhos, principalmente naquelas análises que problematizam os modos de produzir (pensar e agir) o cuidar e o ser cuidado na saúde. Isso significou buscar uma construção de diálogos teóricos, de natureza interdisciplinar, com conteúdos dos campos da saúde, filosofia e política.

Para desenvolver esse diálogo, dividimos este ensaio em três partes. Na primeira, destacamos alguns usos do termo *cuidado na saúde*, visando a nuclear um conjunto de sentidos atribuídos pelos agentes do campo em suas práticas no cotidiano das instituições de saúde, com o intuito de apreender indícios dos saberes que as sustentam. Na segunda parte, problematizaremos o cuidado como valor, discutindo a importância de se considerar o *ethos* humano e as implicações do conhecimento na saúde ao tratar a questão. Na terceira parte, buscamos iniciar uma reflexão sobre o significado do *ethos* e da valoração do modo como essa capacidade humana atribui sentidos ao mundo que habitamos, e como o cuidado como valor nos exige o reconhecimento do *ethos* de quem cuida e é cuidado. Por fim, à guisa de conclusões, propomos a responsabilidade como *ethos* das práticas eficazes de integralidade em saúde, a partir da aproximação com as categorias de Hanna Arendt – espaço público, julgamento e responsabilidade coletiva, como referências político-filosóficas capazes de fornecer subsídios epistemológicos para justificar a reintegração entre o agir e o pensar na saúde, ao mesmo tempo em que pode nos auxiliar a repensar o cuidado como um agir político e valor ético na construção de práticas eficazes de integralidade.

Cuidado na saúde: usos e sentidos

Para atender à finalidade deste texto, percorremos a literatura existente no campo da saúde,¹ buscando uma sistematização que resultou no estabelecimento de três eixos temáticos, não excludentes entre si, que agregam sentidos sobre seus usos: o eixo da formulação de políticas públicas de saúde, o eixo do conhecimento técnico incorporado nas políticas de saúde (as tecnociências) e o eixo da operacionalização da política de saúde, ou seja, o modo de organização do processo de trabalho em saúde.

No primeiro eixo, observamos a recorrente atribuição de sentidos ao cuidado como sendo: a) a designação de um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde; b) como um procedimento técnico específico; ou c) uma conduta assistencial simplificada. Essa frequência de sentidos foi encontrada em documentos oficiais, tais como relatórios, programas e projetos, na formulação e estudos operativos para sua análise e avaliação.

No que diz respeito aos conhecimentos utilizados na política de saúde, majoritariamente ancorados nos saberes das *tecnociências*, os sentidos definem o cuidado como um construto teórico-prático que se pauta quase que exclusivamente pelos conhecimentos da anatomoclínica, da fisiopatologia e da genética médica. Podemos observá-los com frequência nos compêndios, manuais e artigos científicos utilizados nas disciplinas que compõem o universo de saberes da biomedicina, a qual confere atributos de racionalidade hegemônica, produzindo o nexu constitutivo entre o saber-fazer de um modo de produzir, daquilo que foi definido como cuidado. São amplamente

¹ O levantamento realizado constou com a consulta de duas bases bibliográficas nacionais que trabalhassem com o tema saúde: a BIREME e Biblioteca do Ministério da Saúde. No levantamento foram utilizados como descritores principais “cuidado em saúde” e “políticas de saúde”, sendo em seguida aplicado o *Thesaurus*, para estruturar e controlar termos organizados formalmente, de maneira a explicitar as relações entre os conceitos. Com isso foi possível eliminar os inconvenientes da sinonímia nas pesquisas e melhorar o processo de seleção de termos de pesquisa, aumentando a pertinência da pesquisa em bases de dados. Após sucessivas aplicações, chegou-se a 75 publicações (entre artigos, livros, capítulos de livros, documentos institucionais, manuais, compêndios e publicações especializadas e oficiais). Foram consultadas publicações datadas entre o período 2000 a setembro de 2007. (Fonte: BVS-Integralidade. Disponível em: www.bvsintegralidade.cict.fiocruz.br).

utilizados em processos formativos dos profissionais de saúde, na validação de procedimentos e ações a serem disponibilizadas ao conjunto da população, não obstante apropriadas no imaginário coletivo como saber legítimo e de verdade sobre o que é o melhor cuidado a ser oferecido.

O terceiro eixo refere-se aos usos e sentidos de uma noção de cuidado como elemento constitutivo das rotinas institucionais que esquadrinham a confiança assistencial, ou de denominações relativas a procedimentos técnico-profissionais e protocolos clínicos. Trata-se, evidentemente, de usos e sentidos forjados por agentes qualificados e legitimados socialmente, que no entanto desconsideram, em grande medida, os aspectos sociais, históricos e culturais, numa convivência contraditória que se expressa nos encontros e desencontros entre usuários, profissionais e gestores, desvelados na complexa relação entre demanda, necessidades e oferta nas instituições de saúde (PINHEIRO; CAMARGO JUNIOR, 2000; LACERDA; VALLA, 2003; SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003; PINHEIRO; LUZ, 2003; LUZ, 2004). Tal contradição ganha materialidade na crítica permanente que a sociedade civil brasileira faz pela demanda por atenção à saúde. É uma demanda:

que surge como uma crítica das coisas, das instituições, das práticas e discursos em saúde. A crítica, que não é datada de hoje, surge na forma de fragmentos de saberes em diferentes espaços-tempo, em pequenas genealogias e que nem sempre se traduzem apenas na identificação de problemas, mas em construção de soluções e respostas que buscam um cuidar, cuidar de si, do outro e de nós. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2003, p. 21).

Nesse sentido, a tese de se conceber o cuidado como valor nasce do entendimento que visa a ultrapassar esses conjuntos de sentidos, sendo que a definição de cuidado aqui utilizada o apreende como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. Por direito de ser, entendemos o direito de ser diferente e que essas diferenças devem ser respeitadas publicamente.

No Estado moderno laico, as diferenças têm forte expressão nas questões de etnia, gênero e raça, as quais atravessam todo o edifício social. Na saúde, além dessas questões, as diferenças se expressam

em necessidades específicas, demandadas por pessoas especiais, ou seja, pessoas portadoras de deficiências ou de patologias. Nos planos organizacional e político, por exemplo, esse direito também se expressa no direito de os usuários terem acesso às outras práticas terapêuticas, sobretudo na garantia de sua participação ativa na decisão sobre a melhor tecnologia médica a ser utilizada. Entendemos que todas essas diferenças de algum modo carregam valores, cujo cuidado as corporifica na forma de respostas adequadas às demandas apresentadas, e nesse sentido, constitui uma ação política, exigindo práticas eficazes para sua resolução.

Apostamos que essa compreensão pavimenta a formulação do primeiro movimento de se repensar e reagir a favor da reintegração da ação e do pensar, na produção de cuidado em saúde, pois, como uma atividade humana, subsidia também a produção de um tipo de saber específico, uma sabedoria prática, uma ação dialógica, como nos ensina Ayres (2004a e 2004b). Não obstante, entendemos que a função dialógica na produção de cuidado, na direção da integralidade em saúde, somente se concretiza quando produz efeitos de polifonia mais do que monofonia, quando o diálogo é mascarado e uma voz se faz ouvir (BAKTIN, 2002; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Assim, se a integralidade não se constitui em práticas eficazes, teremos apenas uma voz, uma parte, um lado, um sem o outro, apenas um com poder de decidir acerca da saúde que se quer e se deseja ter e ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). Produtora de relações, signos e significados, a integralidade, como princípio e prática, tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares das relações que se transformam em encontros e desencontros, característica da política como ação concreta.

A idéia da política como ação concreta, que concebe o cuidado como valor, coloca-nos o desafio de revalorizá-lo ou mesmo transvalorizá-lo. Nesse sentido, se faz necessário discutir, ainda que com brevidade e concisão exigida, determinados aspectos da história do pensamento ocidental. Este, ancorado numa das suas principais matrizes – o modelo grego de pensamento – *projeto logos*, representado por seus principais enunciadores, os filósofos Platão e Aristóteles, elegerá a razão (inteligência) como criadora de conhecimento (ciência), que resultaria da sua forma de pensar, ou seja, da contemplação das

verdades. Dessa forma, o modo de construir conhecimento, se idealizado, constituiria um modelo organizador das ações da vida humana, sendo esta forma (o ideal de verdade), única forma efetiva de conseguir a perfeição – ou melhor, a salvação do indivíduo (JULLIEN, 1996). Essa razão clássica irá situar a ação numa posição de subordinação perante a verdade formal, sobre a qual, sob o signo do modelo ideal, o pensamento ocidental fixará seus olhos até os dias de hoje.

Sem dúvida estamos diante de uma síntese, que exigirá maior aprofundamento para ampliar a discussão de certas questões. Interessamo-nos, contudo, nesta leitura, que de algum modo os efeitos dessa subordinação influenciaram de forma decisiva no divórcio entre o pensamento e ação na produção do conhecimento ocidental contemporâneo, o qual a racionalidade moderna científica nunca deixou de reafirmar (LUZ, 1982). De forma análoga, podemos observar que esses efeitos trazem repercussões importantes, já apontadas no início deste texto, uma das quais diz respeito à separação clássica entre filosofia e política. Seus conteúdos, quando articulados, possibilitam *diálogos epistemológicos* produtivos e necessários ao desenvolvimento da capacidade humana de valorar e constituir seu *ethos*, principalmente na sua maneira de conhecê-los e analisa-los.

Apostar numa abordagem que concilie a filosofia e a política é uma das proposições subjacentes deste texto, buscando alguns desses diálogos. São diálogos que vão se enredando, atravessando as idéias e argumentos, de modo a consubstanciar a tese do cuidado como valor, pois se trata de um modo de agir político, uma atividade humana que não podemos deixar de considerar. Se a vida é fonte de valor, a saúde é um bem comum, é premente a exigência de reconhecer o *ethos* humano, entendido aqui como o modo como o homem organiza sua vida, seja nas particularidades da esfera privada, seja nas singularidades produzidas no grupo, na comunidade – enfim, no mundo por nós habitado. É diante dessa perspectiva que se formula o tópico seguinte: a questão do valor dos valores e suas implicações no cuidado.

A questão do valor dos valores na sociedade atual

Ruiz (2003) define como valor o que está intrinsecamente ligado à constituição de sentido, e o sentido é algo que só o ser humano pode realizar. Assim como o *ethos* do ser humano possui uma ética;

que é capaz de valorar, de dar sentido à sua existência a fim de optar entre várias possibilidades de ser. Esse autor nos apresenta mais uma idéia, com o qual compartilhamos, de que *é justamente a valoração do mundo que define o tipo das escolhas e a finalidade das ações. Afinal são as escolhas e as ações que determinam o sentido humano da vida.*

Dessa forma a ética

está diretamente relacionada com a criação axiológica que orienta o *ethos* humano, constituindo-o numa abertura radical do ser, dimensionando-o para recriar na sua vida, para além do que está dado na sua natureza e na cultura herdada. (RUIZ, 2003, s/p).

Por sua vez, apreendemos o *ethos* como possuidor de dois aspectos *inseparáveis* que se relacionam à valoração, mas noutra perspectiva: a dimensão da vida individual regida por costumes e hábitos privados; e a dimensão da vida coletiva (a política) constituída pelos costumes e hábitos que regem a vida da comunidade.

Dessa compreensão podemos inferir que, seja na vida privada, seja na vida política, o *ethos* configura a própria dimensão *prática* da mesma, pois é dela que se forja a maneira de compreender e organizar a conduta. Poder-se-ia dizer, ainda, que a ciência e a arte são aspectos importantes da vida, mas, como atividades teóricas, não se ocupariam dessa função axiológica. No entanto, entendemos que sua produção dá sentido ao mundo, pois consiste em modos de apresentá-los, representá-los, criticá-los e ressignificá-los.

Nessa afirmação encontramos um “abrigo” para construir o segundo movimento (argumento) de se repensar e reagir a favor da reintegração da ação e do pensamento, a partir do pressuposto do cuidado como valor, na medida em que a valoração (abertura de sentido) desenha o conjunto de escolhas e opções humanas e define o sentido de sua existência.

O cuidado como valor é percebido tanto por quem cuida como por quem é cuidado. Para tanto, mais uma vez se exigirá o reconhecimento do *ethos* cultural de quem é cuidado, pois negar isso é negar a possibilidade efetiva de sua (re)valorização. Se objetivarmos compreender o *ethos* como uma dimensão prática da vida humana, vamos observar, em tempos modernos, que a revalorização irá nos requerer a articulação de alguns atributos humanos, quais sejam: racionalidade, linguagem e comunidade. Talvez sejam esses atributos que melhor

possam nos auxiliar no reconhecimento da diversidade/pluralidade expressas por demandas, compreensíveis, muitas vezes por saberes produzidos localmente (saberes das pessoas), pouco apreendidos pelos saberes científicos (global), cujo elevado grau de generalização pode sombrear ou mesmo neutralizar esses outros saberes. São essas “incompreensões” entre saberes que afetam a leitura sobre os fenômenos da realidade, cujos efeitos e repercussões são afetados pelo modo de produção do conhecimento em saúde.

Para saber sobre o *ethos*, a partir dos argumentos propostos, faz-se necessário problematizar este conhecimento, sobretudo no modo como trata a questão (do valor) e as soluções de investigações a ela destinadas. Deleuze (1976) já afirmava que o problema crítico e fundamental na modernidade é a pergunta sobre o valor dos valores. Talvez esse problema decorra de um dos efeitos da fragilidade social da sociedade civil atual, já apontada por Luz (2004), quando nos alerta para a existência de uma crise na sociedade capitalística que perpassa suas distintas dimensões em termos de estrutura, dentre as quais estão a econômica, a política, a social, a cultural e a ética.

Parece-nos que os compromissos históricos da razão (ciência) vêm sendo questionados ao longo do século passado e no atual. Quais seriam as possibilidades de a razão ser neutra (pois é desse pressuposto ético que a racionalidade científica moderna se arvora e, por extensão, a racionalidade biomédica se orienta com pouca crítica) de instituir valores universais de conduta, que em princípio não estariam comprometidos com qualquer interesse histórico e simplesmente representariam a Verdade e o Bem?

Subjacente a essa questão, surge outra pergunta: seria possível conviver ou mesmo subordinar o *ethos* humano à dimensão prática da vida, que inclui a experiência (privada e política), aos valores universais impostos pela racionalidade científica moderna? Por exemplo, aqueles que impõem a disciplinarização dos corpos e ordem das coisas, no sentido de organizar a conduta ideal do ser humano no mundo? E poderiam ser esses valores, que neutralizam os sujeitos sociais, despolitizando-os e tornando-os invisíveis nos contextos históricos e sociais que se inserem, capazes de garantir o efetivo exercício da liberdade do ser humano a ter direitos, direitos de ser e viver, respeitados em suas diferenças, reconhecidos em sua pluralidade?

São questões às quais não responderemos neste ensaio, mas que indicam questões interessantes para aprofundar a discussão do valor dos valores na sociedade civil atual.

Nietzsche (1998) nos ensina sobre a “experiência”, e por isso a vida se torna fonte de valor, pois é a partir dela (experiência) que construímos o mundo que habitamos. E nos alerta, ainda, sobre a necessidade de construir um movimento de reconstrução de fundamentos da realidade e da racionalidade, que, diferentemente da filosofia e política modernas, não se detém em dados absolutos ou condições transcendentais que suportam e informam essa mesma atividade filosófica.

Com base nessas afirmações, propomos o terceiro movimento (argumento) de se repensar e reagir a favor da reintegração da ação e do pensar na saúde, a partir do pressuposto do cuidado como valor. A condição primeira é justamente o reconhecimento do *ethos*, tanto do ser cuidado e quanto do cuidador (por que não?) – afinal, na saúde, podemos observar que as experiências cotidianas constituem sua principal fonte de revalorização. Entendemos que a experiência não se dá sem “outras experiências”, sem valores, pois com estes damos a importância ao mundo em que vivemos, é de onde surgem as escolhas. Se para escolher se requer a faculdade de pensar, no sentido de formar um ajuizamento (um agir pensando), podemos dizer que somente se faz o juízo se se “pensar” no outro. Se trazer o outro para dentro de si, como um alargamento de nós, pois, na ausência de valores, nos desresponsabilizamos de nós e dos outros – enfim, do mundo em que vivemos.

A expressão “cuidado com o mundo” cunhada pela filósofa Hanna Arendt a partir de leituras sobre a concepção de Heidegger sobre cuidado, de alguma forma nos auxilia na busca pela conciliação entre a filosofia e a política, criando um quadro teórico-metodológico que é apresentado no livro *A condição humana*. Longe de uma transposição mecânica de suas categorias, acreditamos que Arendt (1998) pode contribuir para essa discussão, no sentido da reintegração do pensamento e da ação, na medida em que busca recuperar o sentido da política como efetivo exercício da liberdade, não uma liberdade individual, mas relacional, que para tanto necessita de um lugar, de um espaço público para sua materialização – ou, melhor dizendo, de sua valorização.

Para Ortega, o espaço público arendtiano “é um espaço entre os homens, que pode surgir em qualquer lugar, não existindo um lócus privilegiado. É o espaço em que os sujeitos se ligam através dos discursos e das ações: agir é começar, criar algo novo” (ORTEGA, 2000, p. 23). O autor acrescenta que Arendt difere de outras concepções de política, como a de Habermas, “que faz da política (*politics*) mais um assunto de deliberação sobre as políticas (*policy*) e muito menos uma oportunidade de abertura performativa do mundo ou do desvelamento da identidade individual”.

A partir dessa compreensão sobre espaço público, parece-nos fecunda uma primeira aproximação de aplicação dessa categoria no campo da saúde, na medida em que se configura como um espaço que redimensiona a abertura de sentido (valoração) de reconhecimento e constituição do *ethos*. Com esse entendimento, olhando para a saúde, não é descabido propor que as consultas, ações educativas, conferências, atendimentos, saberes e práticas envolvidos nesses atos constituíssem também espaços, onde se dão ligações, interações, relações entre discursos e ações na e em saúde. O agir em saúde que se corporifica no cuidado onde pensamento e ação se presentificam sob o signo do acontecimento, de recomeçar algo novo, ou uma criação, ou seja, a própria política materializada.

Nesse sentido, poderíamos imaginar os espaços-cotidianos da saúde como espaços públicos – e como tal, o cuidado em saúde – consistiriam nesse amálgama da almejada reintegração do pensar e do agir, tornando visíveis os sujeitos sociais e seus valores, frente a outros valores de outros sujeitos que se reconhecem como habitantes do mesmo mundo do qual todos fazem parte. Diante desta argumentação, qual seria o *ethos* do cuidado como valor?

A responsabilidade como *ethos* das práticas eficazes de integralidade em saúde: à guisa de conclusão

Os três movimentos/argumentos propostos neste capítulo trazem embutidas idéias, tensões e motivações que partem do pressuposto de que pensar é uma ação com a qual corporificamos hábitos e costumes que configuram o *ethos* de nossa existência como sujeitos políticos que somos. Criar diálogos teóricos para nos auxiliar na compreensão de aspectos de um campo é sempre o risco de faltarmos com a memória

com aspectos históricos e culturais fundamentais para compreender a realidade e os contextos em que nos inserimos. Entretanto, nenhum risco pode nos impedir de buscar respostas para aquelas perguntas, questões que nos inquietam – que, no caso da saúde, não podem esperar. Defendemos aqui que o tema do cuidado em saúde é uma rede de como saber-fazer, que não se trata apenas de aspectos técnicos, mas estéticos e éticos – e, por tudo isso, político.

Entendemos política como liberdade no sentido arendtiano no termo, o que requer a visibilidade pelo e com o outro. O espaço público é o principal lugar de seu exercício, pois nele se constitui também o território de produção de intersubjetividades e singularidades. É o lugar do exercício pleno da ação política, cuja propriedade consiste em revelar a identidade dos agentes. Ortega (2000) acrescenta que na teoria de Arendt a pluralidade humana é a condição de possibilidade de a ação e o discurso se manifestarem como igualdade e distinção. Seguindo a orientação do autor, apresentamos uma citação de Arendt, retirada da sua obra clássica *A condição humana*:

[...] através deles (ação e discurso), os homens podem distinguir-se, ao invés de permanecerem apenas diferentes; a ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos se manifestam uns aos outros, não como meros objetos. Esta manifestação, em contraposição à mera existência corpórea, depende da iniciativa, mas trata-se de uma iniciativa da qual nenhum ser humano pode abster-se sem deixar de ser humano. (ARENDR, 1998, p. 189).

Ortega complementa essa afirmação, quando expõe:

ação e discursos são as únicas formas que os homens têm de mostrarem quem são, para revelar ativamente identidades pessoais e singulares, para revelar quem em contraposição ao que alguém é. O “quem” alguém é não aponta para uma visão essencialista, anistórica da subjetividade, o sujeito da interioridade o eu autêntico, uma essência atrás da aparências (ORTEGA, 2000, p. 27).

Nesse sentido, o espaço público oferece condições de visibilidade dos e aos sujeitos, na medida em que abre possibilidades de compartilhamento com o mundo que se habita. Daí Arendt nos apresenta uma outra categoria – julgamento, como pensamento em ação manifestado pelos sujeitos como maneira de apresentar sua vontade.

Uma vontade que não é individual, mas *dois, de dois em um*.² Quando o sujeito julga, produz repercussões no ator político, ou seja, “influencia a forma como eu me singularizo no espaço público, como me posiciono e assim, constrói condições para desenvolver legitimidade sobre o que digo e que faço” (ASSY, 2004 e 2007; PINHEIRO, 2007).

Além do julgamento, Arendt nos oferece mais uma categoria para refletir sobre a ação política: a responsabilidade coletiva, que consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público, por aquilo que interessa aos outros. Sobre essa questão, Assy (PINHEIRO, 2007) nos ensina que a responsabilidade coletiva consiste no cultivo de sentimentos públicos, pois *não se cultiva só de fora para dentro, mas de dentro para fora*. E acrescenta: a imaginação arendtiana é uma imaginação ética, que se preocupa com os valores do *ethos* humanos, na sua dimensão prática, expressa como vida ativa.

Como poderia essa reflexão contribuir para a discussão da questão aqui proposta? Se é nos espaços públicos que a política se materializa (e por que não a política de saúde?), podemos afirmar que encontramos um lugar de reconhecimento do *ethos* que, encarnado nos sujeitos, define suas escolhas, seu agir com seu pensamento. Para tanto, os sujeitos necessitam da formação de um ajuizamento, sem deixar de se responsabilizar pelos efeitos e repercussões das escolhas por eles decididas, as quais incidem sobre o outro. Daí a importância do valor dos valores, para reconhecer o *ethos* humano, que neste ensaio encontra guarida na defesa do cuidado como valor que afirma a vida.

Esse “acontecimento” configura um modo de revalorização da política e restabelece um modo de sermos efetivamente humanos. Daí retomamos a afirmação do cuidado como valor ético-político – portanto, mais uma vez, como uma atividade intrinsecamente humana, que tem no nosso contexto a integralidade em saúde, exigindo-nos uma responsabilidade coletiva, da qual nenhum ator social comprometido com afirmação da vida poderá se esquivar.

Se o sentido da política é a liberdade, é nesse espaço – e não em outro lugar – que temos o direito de esperar milagres. Não porque acreditamos neles, mas porque os homens, na medida em que podem agir, são capazes de levar a cabo o improvável e o imprevisível e de levá-lo a cabo continuamente sem saber disso. (ARENDDT, 2004, p. 143).

² Para aprofundar essa questão, ver Arendt (1999).

Referências

- ARENDDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 1998.
- _____. *A vida do espírito: pensar*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999 (Coleção *Pensamento e filosofia*, v. 1).
- _____. *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- ASSY, B. *Hanna Arendt: responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- ASSY, B. Introdução à edição brasileira de “FACES PRIVADAS EM ESPAÇOS PÚBLICOS” por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. p. 31-60.
- AYRES, J. R. C. Cuidado e os modos de ser (do) ser humano. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 13, n. 3. p. 16-29, 2004.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde*. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BAKHITIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. São Paulo: Hucitec, 2002.
- DELEUZE, G. *Nietzsche e a filosofia*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 1976.
- JULIEN, F. Les yeux fixes sur le modele. In: JULIEN, F. (Ed.). *Traité de l'efficacité*. Paris: Bernard Grasset, 1996.
- LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 171-198.
- LUZ, M.T. *Natural, racional, social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1982.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 9-20.
- NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- ORTEGA, F. *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida e Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- PINHEIRO, R. *Anotações de aula*. Disciplina “Cidadania do Cuidado”, ministrada por Bethânia Assy. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, set-nov. 2007.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 21-36.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes *versus* modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.).

Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2003.p. 9-36.

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

_____. *Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2000. Mimeo.

_____. (Orgs.). **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

RUIZ, C, M. M. B. O que é a vida? O que é a vida humana? Disponível em: <http://www.pfilosofia.xpg.com.br>.2003. Acessado em: 30 out. 2007.

SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R., MACHADO, F.R. de S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da reforma no setor saúde. *CEBES*, v.27, n.65, set/dez 2003. p. 234-242.

Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público

TATIANA COELHO LOPES
REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES
ROSENI PINHEIRO

Apresentação

Neste capítulo visamos a ampliar a discussão acerca da categoria do *saber-fazer comum*, desenvolvida pelos pesquisadores e colaboradores do LAPPIS na coletânea *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e prática*.¹ Em consonância com as reflexões teóricas apresentadas, entendemos que o *saber-fazer comum* se constrói pautado por valores éticos, tendo como centro da ação o usuário, e que, ao ser exercido e considerado, pode reconfigurar as práticas e as relações presentes entre os sujeitos que agem e interagem em *espaços públicos* concretos, tais como os serviços de saúde. Para consubstanciar nossa discussão, propomos o diálogo teórico sobre a categoria *espaço público*, recorrendo ao auxílio das contribuições dos campos da filosofia e política, principalmente da filósofa Hannah Arendt.

Entendemos que as articulações desses campos com a Saúde Coletiva pavimentam um solo epistemológico fértil, capaz de compreender os nexos constituintes e constitutivos dos saberes e práticas que engendram cenários diversificados do trabalho em saúde, além de possibilitar a apreensão de diferentes concepções adotadas pelos atores no cotidiano de suas ações nas instituições de saúde.

¹ Coletânea organizada por Roseni Pinheiro, Maria Elizabeth Barros de Barros e Ruben Araujo de Mattos, lançada em 2007, por ocasião do seminário de mesmo título, realizado em Vitória-ES, no qual foram apresentados os resultados da segunda etapa do projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*.

Tecer entendimentos acerca das disputas, conflitos e diferentes interesses envolvidos na relação entre demanda e oferta de cuidados coloca-nos o desafio reverso: o de construir desenhos explicativos acerca dos valores que produzam um *saber-fazer comum* imbuído de atitudes de cooperação e de solidariedade. Para tanto, há de se ter espaços-cotidianos – as instituições de saúde, como espaços públicos, nos quais a potência seja o poder de produzir o bem comum, e assim justificar a própria razão pública da integralidade em saúde.

Interessa-nos, ainda, discutir de que modo, num espaço ocupado por vários agentes, com diferentes singularidades, torna-se possível produzir um coletivo de trabalhadores responsável capaz de ofertar o cuidado, que reflita valores éticos voltados para o reconhecimento do usuário como sujeito com um estoque de crenças e de valores, e que seja respeitado em sua alteridade. Nesse sentido, a questão do trabalho em saúde nos convoca a analisar seus modos de produção e suas repercussões sobre a responsabilidade de seus atos, cujos saberes e práticas hegemônicos são marcados pela fragmentação, individualização e descontextualização.

O trabalho em saúde e a responsabilização coletiva

A discussão acerca do trabalho em saúde não pode prescindir das origens históricas de determinado modo de organização da produção em nossa sociedade, que embora desenvolvido por muitos, não se faz de modo compartilhado e co-responsabilizado. Ao discutir o trabalho em saúde, não podemos desconsiderar como sua produção tem sido construída histórica e culturalmente até os dias de hoje. Entre as contradições do modo de produção capitalista, sobretudo as do modelo taylorista, encontramos a divisão social do trabalho com a correspondente divisão técnica das atividades. Isso se reflete numa separação entre trabalho manual e intelectual e entre dirigentes e dirigidos, que acaba por objetivar a divisão tanto de tarefas como de responsabilidades para os membros de um grupo de trabalho, de acordo com a natureza e o grau de qualificação, constituindo processos mais ou menos regulados de formação e trabalho.

Nas práticas de saúde isto se reflete na fragmentação do cuidado e no seguimento rígido de protocolos criados para alcançar um “modelo assistencial ideal”, tornando o cuidado como algo a ser

burocratizado. Hannah Arendt (2004) nos lembra que quando a transferência de responsabilidades se torna uma questão de rotina diária, podemos considerar que, em termos políticos, o que existe é um mando de *cargos*, em oposição ao mando de *homens*, o que desresponsabiliza os sujeitos das suas ações.

Gomes *et al.* (2007) nos lembram que ainda que se possa apoiar em protocolos que direcionem a ação, o trabalho em saúde não deve se limitar a eles, uma vez que as situações que surgem no cotidiano são singulares, do ponto de vista tanto das condições como dos usuários. Esses autores, preocupados com o direcionamento das ações dos profissionais, assim como a maneira como ocorrem tanto as regulações como as relações, apontam para uma inseparabilidade entre “integralidade, práticas cotidianas e ética”, entendidas aqui como se apresentam nas coletâneas sobre integralidade do LAPPIS, já referidas. Neste sentido, eles alertam que as ações dos trabalhadores de uma equipe de saúde não são direcionadas apenas por diferentes saberes, métodos e técnicas decorrentes das diferentes formações profissionais, mas também de valores que direcionam e que vão sendo produzidos dentro e fora do ambiente do trabalho e que podem ser compartilhados pelos trabalhadores.

Arendt (2004) faz uma reflexão sobre a idéia de responsabilidade coletiva que nos ajuda a pensar nas relações dos sujeitos no trabalho em saúde. Para a autora, a responsabilidade coletiva, sempre política, não se baseia numa noção de culpa (que é de caráter individual). A responsabilização de alguém por algo que não tenha feito, mas por seu pertencimento a um grupo (um coletivo) é que constitui a responsabilidade coletiva. Dessa maneira, o coletivo também assume a responsabilidade por qualquer ato de qualquer um de seus membros. Ao defenderem uma ética da alteridade no cuidado em saúde, Gomes e colaboradores destacam que:

Responsabilidade com o outro não precisa ser ressentimento, não precisa ser competição entre partes; nossa responsabilidade diz de uma clareza em nossa ação, de uma postura não endurecida pelos obstáculos do caminhar junto com os outros, pois em última instância não há como cuidar de si sem cuidar dos outros. (GOMES *et al.*, 2007, p. 33).

Apoiando-nos nesta compreensão sobre a natureza do trabalho, nos deparamos com a questão de que na saúde o mesmo se desen-

volve em espaços de cuidado onde há a atuação de distintos profissionais com níveis diferenciados de formação. A dinâmica da produção do trabalho no campo da saúde, particularmente no que diz respeito às equipes multiprofissionais, em distintas perspectivas, tem sido objeto de estudo de vários autores.²

Os trabalhadores da equipe multidisciplinar, em geral, percebem que o trabalho em saúde é desenvolvido por um conjunto distinto de profissionais e centram-se na parcela desse trabalho que lhes cabe, muitas vezes sequer percebendo que assim contribuem para a fragmentação do cuidado. O trabalho realizado dessa forma parece se firmar numa autonomia absoluta de um profissional em relação aos demais e ao próprio usuário sujeito dessa ação. As fronteiras da ação em saúde tendem a ser operadas por esses profissionais, de forma atomizada, com contornos muito rígidos que dificultam a construção do *saber-fazer comum*.

A reflexão de alguns autores sobre o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade contribuem para a discussão que pretendemos neste trabalho. Gomes, Guizardi e Pinheiro (2004) apresentam a metáfora da orquestra, já trabalhada por Campos (2000) anteriormente, mas acrescentando um novo olhar:

Um dos aspectos que nos impulsiona a utilizar a orquestra como metáfora é estarmos nos reportando a um agrupamento de profissionais com saberes e técnicas distintas, que utilizam diferentes instrumentos e que tem como produto de um trabalho realizado em conjunto, algo que recebe o caráter de arte na execução de uma sinfonia. Muitas vezes os diferentes instrumentos executam melodias distintas e só a reunião dessas linhas melódicas resultará na obra desejada. Uma sinfonia não pode se resumir a nenhum dos timbres presentes em uma orquestra. Ainda que em alguns momentos haja a sobrepujança de alguns instrumentos e até mesmo a realização de solos, uma peça sinfônica depende dessa multiplicidade tímbrica, dos mais perceptíveis sons aos mais sutis. (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 107-8).

Esse novo olhar representa um dos aspectos do que ocorre nas práticas das equipes de saúde. Todos sabem fazer bem o que lhes cabe com a experiência adquirida no manejo daquele instrumento,

² Autores como Peduzzi (2001), Porto e Almeida (2002), Silva e Trad (2005), Pedrosa e Teles (2001) e Honorato e Pinheiro (2007), para citar alguns exemplos.

e sabem também que os acordos que produzem são necessários para a sinfonia final obtida, sem perder de vista que todos os demais são essenciais para a obtenção de algo que deverá produzir a felicidade do grupo e ir ao encontro das expectativas formuladas por quem irá usufruir daquela produção. Entretanto, para que a orquestra faça seu trabalho de forma adequada, existem a partitura e o estabelecimento de códigos que comunicam o que deve ser feito. Assim é também na equipe de saúde.

Bonaldi *et al.* (2007) partem de uma perspectiva do trabalho como a gestão de um *saber-fazer comum*, pautado por contínuas tomadas de decisões individuais e coletivas, numa responsabilização coletiva de todos os atores envolvidos nas práticas de saúde, que podem compor possibilidades de compreensão do cuidado em saúde como um valor ético e político a ser defendido, exercido e ensinado cotidianamente. Nesse trabalho, os autores analisam as práticas de integralidade a partir de uma metáfora do trabalho em saúde como um “corpo”, entendendo esse corpo como algo da ordem do coletivo, em que não há órgão ou tecido mais importante que outro – ou melhor, que nenhum deles tem funcionalidade isolada do conjunto. Portanto, para esses pesquisadores, o trabalhar em equipe pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais num mesmo espaço, atuando sobre um “objeto de intervenção” mas necessariamente constitutivo e constituinte de um *saber-fazer comum* (BONALDI *et al.*, 2007).

Ao nos debruçarmos sobre essas reflexões, ao mesmo tempo, as análises e contribuições de vários autores que se propuseram a estudar o trabalho e a formação em saúde apresentam a integralidade do cuidado e da atenção em saúde como eixo que permite discutir estratégias e táticas que operam com o trabalho vivo em ato (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2006; SILVA JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006; GUIZARDI; *et al.*, 2006; CECCIM, 2005). Repensam a gestão e o cuidado em saúde, a formação e os espaços dos serviços como potências, possibilidades de responsabilização e de valores que tenham compromisso ético-político com a vida.

É diante dessa perspectiva analítica que a definição de espaço público proposto por Hanna Arendt nos parece útil para pensar o trabalho em saúde como a materialidade do trabalho em equipe com responsabilização. Consideramos que as atitudes que fazem parte do

agir em espaços públicos estão impregnadas de valores que vão sendo constituídos ao longo da vida e dos papéis sociais que desempenhamos. Esta consideração diz respeito às relações e interações, necessariamente democráticas e dialógicas entre os atores no seu cotidiano nos serviços de saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2003), que, quando se materializam, constroem um caminho para práticas eficazes, nas quais ação e pensamento se conjugam no sentido da integralidade em saúde (PINHEIRO; LUZ, 2002). Afinal, não se pode desconsiderar que há determinadas virtudes que pautam nosso ajuizamento e nossa tomada de decisão que vão também constituindo nosso modo de andar a vida com outros.

Dessa maneira, o valor é entendido como “aquela qualidade que nenhuma coisa pode ter na privatividade, mas que todas adquirem automaticamente assim que surgem em público” (ARENDDT, 2005, p. 177). Partimos da premissa que esse *saber-fazer* se torna comum quando ele é construído a *partir do* e *com* o usuário. Assim, as transformações das práticas exigem uma reconfiguração contínua do *saber-fazer comum*, que tem nos valores éticos sua força motriz, cujo espaço-cotidiano das instituições de saúde conforma um espaço público, constitutivo e constituinte de poder. Um “poder” exercido pelos sujeitos como uma potência que, ao mesmo tempo em que é transformadora, se torna estruturante de novas práticas emancipatórias democráticas.

Honorato e Pinheiro (2007) destacam que as ações de saúde num sistema público com valores universais implicam diretamente produção de cidadania, já que as ações pautadas por valores democráticos, como o direito e a responsabilidade, se concretizarão pela via de diálogos e negociações. Assim, esses autores corroboram a idéia de que o trabalho em saúde se dá num espaço público produzido por atores políticos.

Os serviços de saúde como espaços públicos: uma possibilidade para a efetivação da responsabilidade coletiva dos sujeitos

As questões levantadas sobre o trabalho em saúde e a responsabilidade coletiva possibilitam pensar o agir em saúde como um agir político e coletivo. Entretanto, de acordo Arendt, isto só será possível se dermos visibilidade a nossas ações, ou seja, se reconhecermos

o cotidiano do trabalho em saúde como um espaço público, de responsabilidade coletiva. Recorrendo ao pensamento arendtiano, no campo da saúde, poderíamos dizer que a potência desses espaços e dos saberes mobilizados em ação pela equipe, usuários e gestores constituiria, de fato, o poder.

Diferentemente de Max Weber, que define o poder como a vontade de fazer triunfar no seio de uma relação social sua própria vontade, mesmo sem resistência, seja qual for a base dessa vontade, Arendt (2005 e 2007) concebe-o como uma faculdade de alcançar um acordo quanto à ação comum no contexto da comunicação livre de violência. Daí decorre uma aproximação filosófica com Habermas, quando valoriza o diálogo. Nesse sentido, o poder constituiria de uma potência que se faz presente exatamente pelo agir em relação aos outros, um agir que se pauta em acordos e leis que são tomados por todos, ainda que de diferentes maneiras, mas geridos por princípios éticos como valores constituídos e constituintes das relações estabelecidas nos espaços públicos. A revelação de cada indivíduo em sua singularidade somente se dá quando o outro se torna visível, esse é o sentido da política, e onde há política há espaço público, vige o diálogo e nascem os direitos.

Entretanto, é necessário esclarecer o modo como o espaço público está sendo considerado nesta discussão. A partir das considerações de Hannah Arendt (2005) sobre a esfera pública, entendemos os serviços de saúde como cenários concretos do desenvolvimento do cuidado em saúde, lugares onde são tornadas públicas as práticas e as relações constituídas entre os sujeitos do cuidado. Para Arendt (2005), o termo *público* significa *o próprio mundo*, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. Nesse sentido, aquilo que é produto humano, ou seja, que é realizado pelos homens juntos, ao mesmo tempo em que os separa, estabelece uma relação entre eles. Para Arendt:

Toda vez que falamos de coisas que só podem ser experimentadas na privacidade ou na intimidade, trazemo-las para uma esfera na qual assumirão uma espécie de realidade que, a despeito de sua intensidade, elas jamais poderiam ter tido antes. A presença de outros que vêem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos... (ARENDR, 2005, p. 60).

Assim, é a possibilidade de estarmos juntos no mundo, de sermos ouvidos e vistos, do mesmo modo que também ouvimos e vemos os outros que nos dá a sensação de permanência, de existência concreta no mundo e de pertencimento. Entretanto, para a autora, esse espaço também é essencial porque:

Somente quando as coisas podem ser vistas por muitas pessoas, numa variedade de aspectos, sem mudar de identidade, de sorte que os que estão à sua volta sabem que vêem o mesmo na mais completa diversidade, pode a realidade do mundo manifestar-se de maneira real e fidedigna. (ARENDDT, 2005, p. 67).

Para a Hannah Arendt (2005), o mundo comum acaba se é visto apenas sob um aspecto ou uma perspectiva. A razão para isto está no fato de que, por ocupamos lugares diferentes nesse mundo comum em que vivemos, precisamos das diferentes contribuições de distintos olhares de outros sujeitos com os quais nos relacionamos, como forma de nos percebermos também diferentes, capazes, formuladores e conseqüentes em nosso agir.

Se consideramos o espaço dos serviços de saúde como o lugar onde muitos podem lançar mão de sua própria perspectiva e entendimento acerca das coisas, de si e dos outros, mas sem perder de vista que isso só é possível quando compartilhado, publicizado e confrontado com as outras perspectivas, temos a possibilidade de construir um *saber fazer comum*. Isso se torna o eixo condutor a ser permeado dos valores que orientarão a maneira como nos colocamos isonomicamente com os outros no mundo, porque deles precisamos para tornar concreto nosso agir político. Esta seria a origem do poder de todos e do trabalho por todos desenvolvido.

Nesse momento, o poder resulta do agir em conjunto que, no entanto requer, para ser estável, legitimidade. Essa legitimidade deriva do início de uma ação conjunta, cujo desdobramento assinala a existência de uma comunidade política. Dessa maneira, o início de uma ação conjunta – a fundação – confere autoridade ao poder (LAFER, 2003).

Desse modo, conjugam-se duas características, a de *ação coletiva* e a de *fundação de um grupo*. Este é o momento original de constituição inicial de uma “esfera pública”, pois a “ação em concerto” que “funda o grupo” só pode ocorrer por meio de um “encontro” público em que o acordo e o consentimento surjam. Por essa razão, a autora

trata o poder e a esfera pública como o espaço das “aparências” e o lugar da “isonomia”, espaço em que a interação entre indivíduos iguais se dá por meio da livre troca de opiniões plurais e da ação.

Entendemos que o pensamento de Hannah Arendt sobre as relações de poder pode criar novas possibilidades de pensar os processos que ocorrem no trabalho em equipe e nas relações dos trabalhadores com os usuários e com os gestores. Seria possível pensarmos a tradição da fundação da ação humana impregnada de valores éticos que são construídos, ensinados e apreendidos pelos sujeitos em seus processos de vida, educação e trabalho. Assim, não negaríamos a existência de conflitos e de divergência de interesses, mas apostaríamos em relações estabelecidas na defesa e consecução de valores humanos, fazendo das práticas de cuidado em saúde produzidas em concerto, a potência transformadora, reconhecedora dos saberes, singularidades e legitimidade de pensar e agir para todos os que ali se encontram e produzem o novo a partir desse encontro.

Os espaços dos serviços possuem características bastante específicas, se comparados com outras instituições. Recorrendo ao pensamento de Paulo Freire, são espaços para conhecer na ação concreta no mundo. Lugares de aquisição de conhecimento, vivências e atitudes que produzem e reproduzem criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários. Espaços de vivência e reflexão crítica da realidade, de compromisso social em suas diversas dimensões.

Esse é um espaço de disputas e conflitos, mas também a construção de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar. A construção das relações dentro das instituições tem como compromisso ultrapassar os limites impostos pela lógica utilitária predominante. Tal visão, longe de superar os conflitos inerentes a essa relação, os acirra e não contribui para a construção de um olhar que se desloque de uma prática centrada no procedimento e na categoria profissional para uma outra na qual o usuário seja reconhecido na sua alteridade, gerando o reordenamento dos processos de trabalho e de ensino.

Apoiando-nos na proposição de Hannah Arendt sobre espaços públicos, poder e responsabilidade coletiva, entendemos que os serviços de saúde são espaços da esfera pública onde os sujeitos se relacionam, e que a compreensão sobre os processos educativos e sua importância na constituição de sujeitos responsáveis e comprometidos

com o mundo, consigo e com os outros, é também política. Assim, a educação não se restringe apenas à dimensão pedagógica, mas deve comprometer-se com o mundo para o qual prepara cidadãos, função essencial na transição entre os espaços do privado e do público.

O papel das instituições educadoras na formação para o trabalho em saúde é mediar essa transição, permitindo aos estudantes vivenciar situações de ajuizamentos, de tomada de decisões, onde precisem se reconciliar com o mundo no sentido de se sentirem responsáveis por ele, não por carregarem uma “culpa”, mas por se deixarem contaminar pela perplexidade, provocados pela reflexão e crítica. E, mergulhar nesse processo de pensar que assume dimensão política quando está inexoravelmente associado ao agir. Para Arendt (2007), a ação não traz produtos consumíveis, sólidos ou duráveis, pois o que a constitui são gestos e palavras humanas, com uma duração determinada pelo tempo em que se fazem ouvidas e vista no mundo das relações humanas, no espaço público.

Considerações finais

No que diz respeito aos serviços de saúde e às práticas dos agentes nesses espaços, é preciso considerar que há valores, sentimentos, ações que são aprendidos, exercitados e valorados desde o espaço da formação dos profissionais. Entretanto, é necessário criar novos modos de pensar como se organizam e se desenvolvem os processos de cuidado e de ensino, a lógica que os define e a partir de quais valores ético-políticos.

É possível concretizar espaços em que o diálogo e o consenso se articulem para o desenvolvimento de ações que englobem o processo de educação e de trabalho de todos os sujeitos presentes, considerando todos os níveis da formação. Dessa forma, é esperado que os participantes desses espaços tenham o mesmo grau de responsabilidade e respeito por suas demandas e propostas, da mesma maneira que precisam submeter-se ao ajuizamento e avaliação dos demais.

Não cabe aceitar como “natural” o comportamento eticamente responsável, mas fazer “uma reconciliação com o mundo em que vivemos” (ARENDR, 2004). Seria a responsabilização pelo que ocorre no mundo, desvencilhando-se de uma postura indiferente para com os assuntos comuns (por serem próprios a todos) e políticos.

Assim, a esfera pública dos serviços de saúde constitui-se como espaço onde convivem usuários, trabalhadores do serviço, professores, estudantes e gestores, compartilhando experiências, negociando, construindo juntos uns com outros um pensamento associado ao agir. Esse é o lócus de fazer dos gestos e palavras, ação. Nele, enfim, pode-se ajuizar, aprender e se investir de valores para se responsabilizar pelo cuidado e por um *saber-fazer-comum*.

Referências

- ARENDDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- _____. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- _____. *Responsabilidade e julgamento: escritos morais e éticos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- BONALDI, C. *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 53-74.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, set 2004-fev 2005, p. 161-171.
- GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 105-116.
- GOMES, R. S. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 19-36.
- GUIZARDI, F. L. *et al.* A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações políticos institucionais na saúde: uma dimensão sobre a interação ensino- trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 153-178.
- HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 85-110.
- KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção do conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R., CECCIM, R.B., MATTOS, R.A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade*

e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 111-132

LAFER, C. *Hannab Arendt*: pensamento, persuasão e poder. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

PEDROSA, J. I.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da família. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e cuidado na relação entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-56.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2002. p. 7-34.

PORTO, M.F.; ALMEIDA, G. E. S. de. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciêñ. Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L.; HENRIQUES, R. L. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 93-110.

SILVA, I. Z.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface*, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso¹

CRISTIANI VIEIRA MACHADO
TATIANA WARGAS DE FARIA BAPTISTA
LUCIANA DIAS DE LIMA

Introdução

O título deste capítulo é uma referência explícita ao texto *A responsabilidade sanitária do Estado: duas ou três coisas que sei dela*, de Levcovitz, Arruda e Garrido (1994). Elaborado nos primeiros anos da década de 1990, a partir dos debates de técnicos do Ministério da Saúde, o trabalho expressava a inquietação dos autores com as condições e mudanças necessárias para que o gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhasse um novo papel, direcionado ao exercício do dever do Estado na garantia do direito à saúde, tal como definido na Constituição da República de 1988.

Os autores já reconheciam então que, como “função pública estatal”, a responsabilidade de assegurar aos cidadãos o direito à saúde caberia aos três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário –, com suas características e atribuições próprias, que em certa medida haviam sido recentemente alteradas por mudanças nas regras constitucionais. No entanto, dada sua inserção institucional, delimitavam a

¹ As reflexões apresentadas no texto são fruto de trabalhos e debates desenvolvidos no âmbito do grupo de pesquisa “Desenvolvimento, políticas públicas e sistemas de saúde”, da ENSP/FIOCRUZ, com destaque para o projeto “Análise do papel do Executivo e do Legislativo na formulação de diretrizes da política nacional de Saúde”. Também expressa as discussões promovidas na disciplina da pós-graduação “Dilemas da gestão do sistema de saúde brasileiro: aspectos relativos ao sistema político e à administração pública”, coordenada pelas autoras. As autoras agradecem aos colegas do grupo, aos alunos e às professoras Vera Pepe e Miriam Ventura, pelas referências e contribuições às reflexões aqui empreendidas.

reflexão ao papel do Executivo Federal, particularmente do Ministério da Saúde, na condução da política setorial.

Decorridos quase 20 anos de promulgação da Constituição e 18 de implantação do SUS, várias questões ali levantadas permanecem bastante pertinentes. Por outro lado, já é possível identificar diversas análises sobre a conjuntura político-econômica nacional na década de 1990, bem como estudos sobre a política de saúde no período, que permitem avançar nas reflexões suscitadas por aquele trabalho. Tal produção de conhecimento, nas instituições acadêmicas e em outros espaços, ao explorar avanços e dificuldades da implantação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expõe as lacunas da política nacional de saúde e as fragilidades do Estado em assegurar a saúde como direito de cidadania.

Se é comum em nosso país que a noção de Estado seja muitas vezes reduzida ao Executivo (BOSCHI; LIMA, 2002), este capítulo procura explorar alguns dos desafios relacionados ao exercício das responsabilidades do Estado na garantia do direito à saúde a partir de 1990, considerando o papel e as relações entre os três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário / Ministério Público. Para isso, o texto parte de uma breve discussão do contexto de implantação do SUS, com destaque para as agendas de reforma do Estado que influenciaram os rumos da política nacional de saúde desde 1990. Nos dois tópicos subsequentes, faz-se um balanço sintético da atuação do Executivo e do Legislativo nacionais na política de saúde, na perspectiva do seu dever na consolidação dos princípios constitucionais do SUS. O quarto item procura, de forma exploratória, situar o fenômeno de judicialização da saúde.

Por fim, nas considerações finais, são discutidos alguns aspectos críticos relativos ao papel e às relações entre os três Poderes na política de saúde no período recente, considerando suas implicações para o exercício do dever do Estado na garantia do direito à saúde. Mais do que dar respostas, o texto procura levantar questões que apontam um amplo campo de estudos a serem desenvolvidos.

O contexto de implantação do SUS

Os problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para as marcantes desigual-

dades econômicas e sociais observadas no país, já foram bastante explorados por diversos autores, de variados campos de conhecimento e correntes teóricas.² Também os estudos sobre a trajetória da proteção social no Brasil revelam as limitações das nossas políticas sociais, em sua maior parte fragmentadas, estratificadas, inequitativas e pouco efetivas do ponto de vista de seus resultados sociais.³

A implantação do ousado projeto de Reforma Sanitária, concebido no contexto de democratização dos anos 1980 e consubstanciado pelo reconhecimento da saúde como direito de cidadania na Constituição de 1988, exigia o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde e tinha como principal desafio a superação do grave quadro de desigualdades em saúde observado no país. Isso só seria viável no bojo de um projeto mais amplo de transformação do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira, configurando o que alguns autores chamaram de esperança de construção de um “desenvolvimentismo democratizado”, que aliasse esforços de crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais.

No entanto, grande parte das conquistas constitucionais foi obstaculizada pelas conseqüências da inflexão conservadora que culminou na eleição de Fernando Collor de Mello para a Presidência da República, em 1989. A década de 1990 no Brasil foi marcada pela convivência entre democratização e liberalização econômica (SALLUM JUNIOR, 2004), com a hegemonia de uma agenda de reforma do Estado marcada por:

- a) no plano econômico, ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais, fragilidade da política industrial e de estratégias de desenvolvimento em longo prazo;
- b) no plano administrativo, ênfase nas medidas de enxugamento da estrutura e do funcionalismo públicos, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado;

² Ver, por exemplo, Fiori (1995), Oliveira (2003) e Carvalho (2004).

³ Aureliano e Draibe (1989) fazem uma discussão da conformação e trajetória do sistema de proteção social brasileiro até o final dos anos 1980, ressaltando seus principais traços constitutivos. Já Fagnani (2005) traça o histórico das políticas sociais de 1964 até 2002, destacando as tensões entre cidadania e caridade no período recente.

c) na área social, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos em alguns setores, expansão da prestação privada, trajetória fragmentada das políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população.

No âmbito da saúde, ainda que tenha havido alguns avanços importantes – como mudanças político-institucionais relacionadas à construção de um arcabouço decisório para o SUS e a expansão das ações e serviços públicos de saúde no território nacional –, o percurso da política de saúde nos anos 1990 expressou com vigor as tensões entre o projeto da Reforma Sanitária e a agenda hegemônica de reforma do Estado. Tal agenda, de inspiração neoliberal, se mostrou adversa à expansão da atuação do Estado e impôs restrições ao exercício de suas responsabilidades na garantia da saúde como direito de cidadania.

Como se discutirá nos próximos itens, relativos à atuação dos três Poderes na saúde, tais restrições se manifestaram de forma mais acentuada principalmente em quatro âmbitos: os obstáculos à concepção da Seguridade Social; a provisão de insumos relevantes para a saúde (por exemplo, medicamentos); as políticas de recursos humanos em saúde e a persistência de distorções nas relações entre público e privado na saúde. Em última instância, as limitações se traduziram em violações ao direito e na manutenção de graves desigualdades em saúde, suscitando questionamentos em relação à possibilidade de concretização de um sistema de saúde orientado pelas diretrizes de universalidade e integralidade no Brasil.

O papel do Ministério da Saúde na garantia do direito à saúde

O projeto reformista da saúde construído na década de 1980, inscrito na Constituição de 1988 e na legislação do SUS, pressupunha um novo modelo de intervenção do Estado na saúde e a reconfiguração do papel das três esferas de governo. No âmbito do Executivo federal, tal projeto implicava: a unificação institucional de comando sobre a política nacional; a conformação de uma política nacional de saúde única; uma nova inserção da política de saúde no bojo das demais políticas públicas; novas relações entre o gestor federal da política e outros atores governamentais e não-governamentais, setoriais e extra-setoriais; mudanças nas funções e no papel do gestor federal do sistema de saúde.

No entanto, não é somente esse projeto que influencia a atuação do Executivo federal na saúde nos anos 1990, uma vez que a direcionalidade da ação estatal é impregnada de sentido e de valores, fruto da influência de diversas variáveis e da interação de diferentes forças e projetos políticos, explícitos ou implícitos. Nesse sentido, tanto as políticas prioritárias como as lacunas da ação federal fornecem indicações para a compreensão da direcionalidade da ação do Ministério da Saúde no período de implantação do SUS.

Um estudo sobre o papel desempenhado pelo Ministério da Saúde na condução da política nacional de saúde de 1990 a 2002 (MACHADO, 2007a)⁴ permite afirmar que, embora tenham ocorrido mudanças importantes na sua atuação, durante todo o período não se observou a configuração de um projeto positivo e abrangente para o Ministério, orientado por finalidades coerentes com as diretrizes da Reforma Sanitária, que seriam no mínimo: a luta pela inserção da saúde num novo modelo de desenvolvimento e numa lógica de proteção social abrangente; a busca de consolidação dos princípios e diretrizes do SUS no território nacional e a redução das desigualdades em saúde.

Ao invés disso, a atuação do Ministério no período revelou as tensões entre as duas diferentes agendas de reforma do Estado que influenciaram as políticas de saúde nos anos 1990. No que diz respeito ao modelo de intervenção federal⁵ destacaram-se, além da esperada redução do papel federal de prestação direta, as limitações no financiamento e no planejamento e a configuração de um novo modelo de regulação na saúde.

O financiamento federal da saúde sofreu revezes significativos,⁶ expressos, por exemplo, na não-concretização do Orçamento da Seguridade Social (OSS), na instabilidade de fontes e montantes de recursos, nos conflitos com a área econômica, nos baixos investimentos federais

⁴ A análise do papel do Ministério da Saúde no referido estudo considerou as regras formais para a atuação do gestor federal, o processo de condução da política nacional, o modelo de intervenção e o conteúdo substantivo da política federal, buscando identificar seus elementos de afinidade ou de distanciamento em relação à proposta da Reforma Sanitária brasileira de concretização da saúde como direito de cidadania, inserida numa lógica ampla de proteção social.

⁵ As questões relativas ao modelo de intervenção do Ministério da Saúde são discutidas em maior detalhe em artigo anterior (MACHADO, 2007b).

⁶ A propósito das dificuldades no financiamento federal, sob diferentes focos de análise, ver por exemplo Dain (2001), Faveret (2002), Lima (2007), Ugå *et al.* (2003) e Brasil/CONASS (2007).

(GADELHA *et al.*, 2006), nas restrições relacionadas à descentralização e aos critérios de distribuição de recursos federais. A persistência de graves dificuldades no financiamento federal é incongruente com as necessidades de expansão do acesso e representa um óbice à promoção da equidade em saúde e fortalecimento da cidadania, dado que não há possibilidade de estados e municípios substituírem o papel redistributivo da União no financiamento, numa federação desigual como a brasileira.

No âmbito do planejamento se evidenciam, entre outros fatores, a baixa integração com outras políticas públicas, a fragmentação na condução das políticas de saúde e o predomínio de estratégias de curto prazo, que prejudicaram a compreensão da direcionalidade da ação federal e a transformação do sistema de saúde no sentido da garantia do direito, conforme proposto no projeto da Reforma Sanitária.

Já no que concerne à regulação, destaca-se no período de 1998 a 2002 o aumento dos mecanismos de indução federal sobre estados e municípios – com destaque para as normas e portarias atreladas a incentivos financeiros – e a expansão de estratégias, ainda frágeis, de regulação de mercados em saúde, mais orientadas pelas perspectivas de organização de mercados e/ou de proteção dos consumidores.

No entanto, os limites da atuação do Ministério da Saúde ficam mais evidentes quando se analisa o conteúdo substantivo da política, que se traduz nos diferentes campos de atuação e prioridades da agenda federal. Os campos que revelaram maiores lacunas nos anos 1990 foram os de recursos humanos (formação de profissionais e gestão do trabalho em saúde) e de insumos relevantes para a saúde.

A condução de políticas de recursos humanos coerentes com as necessidades de atenção à saúde da população foi prejudicada pela agenda hegemônica de reforma do Estado conformada no plano federal, adversa à expansão do funcionalismo e aos gastos com pessoal, que levou a um enxugamento sem precedentes dos quadros da Administração Pública Federal (SANTOS, 2006). Tal agenda gerou ainda intensas pressões sobre estados e municípios para que operassem medidas contencionistas,⁷ prejudicando a contratação e adequadas condições de trabalho e remuneração dos profissionais de saúde

⁷ As propostas de reforma administrativa formuladas no plano nacional influenciaram os governos subnacionais a adotarem estratégias semelhantes. Além disso, medidas legais como a Lei Camata (Lei Complementar n° 85/2000) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n° 101/2000) impuseram restrições aos gastos com pessoal nas três esferas de governo.

no setor público nas demais esferas de governo, que muitas vezes recorreram às terceirizações e outras formas precárias ou legalmente duvidosas de vinculação de profissionais no SUS. O contexto também foi desfavorável para a busca de maior integração entre as políticas sociais, não se observando na década de 1990 uma articulação significativa entre os ministérios da Saúde e da Educação para discussão da formação dos profissionais de saúde.⁸

A título de exemplo, a evolução acelerada do Programa de Saúde da Família, uma prioridade da agenda do ministério a partir de meados dos anos 1990, expôs o quadro precário de inserção⁹ e as inadequações na formação dos profissionais de saúde, levando à busca de estratégias pragmáticas para contornar parcialmente esses problemas no âmbito do referido programa.¹⁰

No campo de desenvolvimento e provisão de insumos para a saúde, houve lacunas importantes na atuação do Ministério da Saúde, em parte decorrentes das deficiências da política industrial nacional nos anos 1990, da limitada articulação entre políticas públicas no âmbito federal¹¹ e dos fortes interesses privados na área, prejudicando a expansão do acesso da população aos insumos necessários ao cuidado à saúde.

Isso se manifestou de forma mais evidente no que diz respeito à assistência farmacêutica. Ainda que o gasto federal com medicamentos excepcionais e com os voltados para o tratamento da AIDS tenha aumentado nos anos 1990, fruto da priorização federal de estratégias voltadas para grupos específicos, persistiram problemas de acesso a esses e outros medicamentos, incluindo os de controle de doenças sob vigilância e os necessários ao cuidado das pessoas no primeiro nível de atenção. Um dado emblemático é que os medicamentos representam

⁸ Observa-se, a partir de 2003, uma maior valorização das políticas de recursos humanos em saúde no Ministério da Saúde, que se manifestou na criação da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, cuja atuação tem-se orientado para a regulamentação e “desprecarização” das condições de trabalho na área e para o fortalecimento da formação de profissionais para o SUS. A partir de 2007, são mais evidentes as estratégias de articulação entre os ministérios da Saúde e da Educação.

⁹ Por exemplo, um levantamento do Ministério da Saúde mostrou que em 2001 somente 25,4% dos médicos e 28,6% dos enfermeiros do PSF tinham vínculos e direitos trabalhistas adequados (BRASIL/MS, 2002).

¹⁰ Os Pólos de Capacitação em Saúde de Família representaram, a partir de 1997, uma estratégia de tentar influenciar a formação de profissionais de saúde.

¹¹ Em relação às políticas industriais para a saúde e às consequências da precária integração entre os ministérios do Desenvolvimento e da Saúde, ver Gadelha (2006).

o item de gasto com saúde de maior peso no orçamento do conjunto das famílias brasileiras e naquelas dos menores estratos de renda.¹²

Cabe ressaltar, ainda neste âmbito, a ênfase federal em algumas políticas eminentemente direcionadas às pessoas com poder de compra, como a política de genéricos no período de 1998 a 2002 e, a partir de 2003, a Farmácia Popular, voltada para a oferta de medicamentos subsidiados pelo Governo Federal a preços baixos, em farmácias específicas ou conveniadas. Tais políticas são mais orientadas por uma lógica de proteção do consumidor do que pela noção da saúde como direito social.

Por fim, vale mencionar como uma nova área de atuação do Executivo federal, a partir de 1998, a regulamentação do segmento de assistência médica suplementar por meio de uma agência reguladora. Ainda que o peso desse segmento no país possa justificar sua regulação pelo Estado, há polêmicas e incongruências relativas a quais seriam as finalidades de atuação estatal nessa área e quais suas implicações para o SUS, concebido como um sistema de saúde público, universal e integral. Boschi e Lima (2002), ao discutirem de forma mais ampla o papel das agências reguladoras no desenho atual do Estado, as identificam como componentes de um novo “intervencionismo regulatório” do Executivo, que expressa traços de autoritarismo nas relações com a sociedade e que tem reduzido os cidadãos ao papel de consumidores.

Tais contradições da política nacional de saúde, que se expressam no modelo de intervenção, nas prioridades e nas lacunas de atuação do Ministério da Saúde, sugerem fragilidades da atuação do Executivo federal no que concerne à responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde.

O papel do Legislativo Federal na garantia do direito à saúde

O Poder Legislativo Federal exerceu importante papel na construção da política de proteção à saúde no Brasil nos anos 70 e 80¹³ e

¹² Segundo dados da Pesquisa de Orçamento de Familiares (POF) do IBGE, apresentados em Brasil/CONASS (2007).

¹³ Marco importante foi a realização, em 1979, do I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, no qual foram apresentados os principais tópicos de discussão da agenda reformista da saúde e divulgado o documento *A questão democrática da saúde*, editado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES, 1980).

no estabelecimento dos avanços referentes à Seguridade Social e à saúde na Constituição Federal de 1988 – CF88 (BRASIL, 1988).

A CF88 é considerada uma das mais progressistas e abrangentes do mundo, constituindo um leque ampliado e generoso de direitos sociais, civis e políticos.¹⁴ O Poder Legislativo recuperou poderes e atribuições,¹⁵ subtraídos nas sucessivas reformas constitucionais, assumindo papel pró-ativo na formulação de leis (a função de legislar); no acompanhamento e controle das políticas públicas (função de controle social); na investigação e julgamento (a função de julgar) de situações que se apresentem em contradição com as determinações legais (exemplo: as Comissões Parlamentares de Inquérito) (BRASIL, 1988). Ressalte-se a manutenção de muitos aspectos concentradores de poder no Executivo, conferindo ao chefe de governo papel decisivo no processo legislativo (CINTRA, 2004; PESSANHA, 2003) e o poder de veto (parcial ou total) das leis aprovadas pelo Legislativo (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999; AMORIM NETO, 2004).

Quando transpomos as funções do Poder Legislativo para o que tem sido seu papel na definição de políticas de saúde e sua responsabilidade em assegurar a todos e a cada um dos cidadãos o direito à saúde, a partir da definição legal de 1988, o que encontramos é um Legislativo que vive as contradições históricas de construção do nosso sistema político no processo de amadurecimento de discussão democrática e de intermediação de interesses. Um Legislativo que reproduz uma série de vícios na forma de relação com os demais Poderes e com a própria sociedade.

Na relação com a sociedade, destaca-se o entendimento de que a atuação de um parlamentar deve-se dar na atenção direta ao eleito-

¹⁴ Para Souza Neto (2003), a CF88 é uma Constituição dirigente, porque não se atém apenas ao estabelecimento de direitos e garantias, mas porque também formula um projeto de futuro, a que se pode atribuir um caráter interpretativamente social e igualitário. O autor aponta ainda para o fato de que a CF88 tem sido freqüentemente descrita como uma carta compromissória, com fragmentos de ideologias diversas, atendendo em alguma medida às expectativas normativas dos diversos grupos que atuaram durante o processo constituinte. Nesse sentido, Souza (2001) indica contradições no texto constitucional de 1988, destacando o conservadorismo do texto na área econômica, tributária e administrativa do Estado e os resquícios de conservadorismo na organização do sistema político, frente ao avanço do texto na área social.

¹⁵ Para esta discussão, ver o texto constitucional no Título IV – Da Organização dos Poderes (BRASIL, 1988) e trabalhos que analisam a questão (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999; BAPTISTA; MACHADO, 2007).

rado que o elegeu (seja a representação de um território ou uma área), numa explícita relação de troca (KUSCHNIR, 2000). Na relação com os demais Poderes, ressalta-se a definição de regras institucionais que acabam por favorecer a atuação do Poder Executivo no âmbito do Legislativo (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999).

No processo decisório em saúde, esse fenômeno se expressa de diferentes formas:

- na apresentação de centenas de projetos de lei com temas específicos e expressão de demandas corporativas das diversas categorias profissionais atreladas à saúde (médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, odontólogos e outros) ou de grupos sociais específicos (mulher, idosos, índios, representantes de patologias etc.), sem necessariamente estar atrelados ao projeto político definido em 1988 de construção do SUS;¹⁶
- na construção de leis que favorecem uma prática de segmentação do direito e de reconhecimento legal diferenciado pelos grupos sociais (BAPTISTA, 2003);
- na aprovação de emendas parlamentares com destino de recursos para localidades, unidades de saúde e outros sem um planejamento integrado com a política de saúde de forma mais ampla e com os interesses do SUS;¹⁷
- na preponderância do Executivo nas proposições de saúde aprovadas no período de 1990 a 2006, seja no quantitativo geral de matérias de sua autoria (90%), seja na tramitação seis vezes mais acelerada de seus projetos (BAPTISTA, 2007).

Noutro aspecto, vale ressaltar como o Legislativo exerceu seu papel de mediador/representante dos interesses da população e dos estados na garantia do direito a saúde e na definição de novas políticas institucionais desde a promulgação da nova Carta Constitucional.

As leis reguladoras do SUS (Lei n^os 8.080/1990 e 8.142/1990) foram, nesse sentido, o primeiro grande passo na consolidação do

¹⁶ Em média, por ano, são apresentados 500 projetos (novos e desarquivados) relacionados à saúde para deliberação. Destes, 5 a 10 projetos se transformam efetivamente em lei (BAPTISTA, 2007).

¹⁷ No período de 1997 a 2005 verificou-se que as emendas parlamentares correspondem de 1 a 3% do orçamento global do Ministério da Saúde, o que correspondeu de 25 a 59% dos recursos de investimentos do Ministério (GADELHA *et al*, 2006).

direito, reafirmando seus princípios e diretrizes, definindo atribuições e competências dos níveis gestores, as formas de participação e controle social. Se de um lado o Legislativo avançou na definição legal da política de saúde, de outro não garantiu uma legislação integrada referente à Seguridade Social, não estabelecendo condições para a consolidação da política de proteção social.¹⁸

Tal configuração refletiu as contradições do modelo de Seguridade desenhado em 1988 e os conflitos de interesse das três áreas envolvidas (BAPTISTA, 1998). Os conflitos evidenciaram-se em outras leis e medidas aprovadas nos primeiros anos pós-constituente, tensionando o projeto da Seguridade, como: a revinculação do Ministério da Previdência ao Ministério do Trabalho; o não-cumprimento das disposições transitórias da CF88 para destino de recursos para a saúde (30% OSS); a vinculação dos recursos das contribuições sobre a folha de salários à previdência; e a inclusão dos Encargos Previdenciários da União (EPU) no OSS (BAPTISTA, 1998).

Assim, houve uma postura ambígua do Legislativo no encaminhamento das leis reguladoras da Seguridade, o que prejudicou na origem um projeto de proteção social mais abrangente e de solidariedade entre as áreas. A saúde e a assistência social foram as áreas penalizadas nesse arranjo e o Legislativo pecou na responsabilidade da garantia do direito, em específico no que tange à sua definição legal. Obviamente não se pode atribuir ao Legislativo a responsabilidade na condução da política. No sistema político brasileiro cabe ao Poder Executivo exercer o papel principal na condução das políticas públicas e ao Legislativo legislar e controlar. A atuação tanto do Executivo como do Legislativo deve também ser compreendida a partir do contexto político e institucional do próprio Estado e dos arranjos de poder estabelecidos nesse período.

À medida que o projeto inicial ganhou novo formato e institucionalidade, ocorreu também uma reconfiguração dos interesses, com demandas específicas e novos problemas a serem enfrentados. Na perspectiva do direito a saúde, destacam-se:

¹⁸ Foram definidas leis específicas para a previdência (Lei n° 8212/1991) e assistência social (Lei n° 8.742/1993). A lei que regulamenta a previdência, apesar de denominada Lei da Seguridade Social, não aborda nenhum aspecto integrador entre as áreas.

- a apresentação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 16/1991) visando à destinação de recursos mínimos para a saúde e a regularização do repasse (proposta que deu origem à Emenda Constitucional nº 29, aprovada no ano 2000);
- a definição de um conjunto de leis: que avançam no controle sanitário e na produção de ambientes saudáveis (iodação do sal, controle do asbesto/amianto, uso e propaganda de fumíferos, sistema de vigilância sanitária); que promovem a regulamentação de áreas estratégicas da atenção à saúde (controle das infecções hospitalares, remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano); que atendem a demandas de áreas específicas da atenção (planejamento familiar, subsistema indígena, modelo de atenção psiquiátrico), fruto do debate com o movimento social e em atenção às demandas deste.¹⁹

Mas as demandas específicas nem sempre atendem ao preceito da garantia do direito compreendido na sua abrangência. O Legislativo também definiu leis que passaram a discriminar direitos para alguns grupos, como no caso da lei que garante o medicamento para a Aids (Lei nº 9313/96), ou da que garante a distribuição gratuita de medicamentos e materiais aos portadores de diabetes (Lei nº 1.1347/06). Em que pese sua importância para os grupos que a reivindicaram e, no caso em específico da lei da Aids, seu impacto positivo na defesa da integralidade no SUS, no âmbito do Legislativo a construção de leis desta natureza abre o flanco para um conjunto de projetos de lei específicos atrelados aos interesses de inúmeros grupos, em que terão maior sucesso aqueles que reunirem maior expressão social e capacidade de pressão sobre o Legislativo e o Executivo. A construção dessas leis favorece uma prática de segmentação do direito e de reconhecimento legal diferenciado pelos grupos sociais.

A responsabilidade do Legislativo na garantia do direito à saúde também se efetivou numa compreensão do direito a partir da lógica do

¹⁹ Ressalte-se o papel do Legislativo na construção da lei do planejamento familiar. A lei surge como um produto da discussão da Comissão Parlamentar de Inquérito, instalada em 1992 para apurar a situação da esterilização cirúrgica no Brasil. Portanto, é uma lei que visa a responder a uma situação-problema e que nasce a partir de uma forte pressão social do movimento das mulheres. É também uma lei que soma elementos à concepção do direito à saúde, qualificando as necessidades desse grupo em específico.

consumidor. Apesar de uma carta constitucional que previa a universalização da saúde e o fortalecimento do setor público, o que se verificou nos anos 90 foi a consolidação do sistema privado de saúde, com escassa regulação e múltiplos problemas na garantia de prestação de serviços a seus associados. A lei de regulamentação dos planos de saúde surge em 1998, e a criação da Agência Reguladora (ANS), dois anos após. A Lei dos Planos sofreu numerosas modificações com a edição de medidas provisórias (44 ao todo) e, mesmo com todos os esforços de regulamentação, essa é uma área que carece de garantias. Portanto, no que tange à saúde suplementar, o Legislativo não logrou aprovar leis que respaldem efetivamente os direitos do consumidor.

Interessante também é perceber que a convivência de dois sistemas de saúde fortes, o SUS e o sistema privado, tem ampliado a pauta de reivindicações junto ao Congresso Nacional. Se o movimento sanitário foi um importante interlocutor do Legislativo no período pré-constituente e constituinte, nos anos 1990 e 2000 percebe-se a forte presença das corporações profissionais, das representações dos prestadores de serviço, bem como das representações do setor produtivo (da saúde e externo – indústrias em geral) no debate parlamentar. A garantia do direito à saúde é compreendida de forma associada à livre escolha e à possibilidade de acesso aos serviços e insumos, seja pela via pública ou privada. Portanto, há uma transformação, em curso no Legislativo, da própria concepção de direito à saúde e de dever do Estado.

Nesses quase 20 anos, desde a instituição da nova Carta Constitucional, o Poder Legislativo tem conseguido um processo gradativo de amadurecimento, que se expressa na revisão de regras institucionais para reverter situações desbalanceadoras de poder, como o uso excessivo de medidas provisórias,²⁰ ou na proposição de novas regras para a apresentação de emendas parlamentares, frente ao diagnóstico de abuso desse instrumento como moeda de troca política. Ressalte-se ainda a definição de leis que reafirmam o direito à saúde e contribuem na trajetória de consolidação do direito. Como mediador das

²⁰ Em 2001 ocorreu uma mudança importante nas regras institucionais acerca do poder prático concedido ao Presidente da República, com a aprovação da Emenda Constitucional n° 32, possibilitando maior regulação do Legislativo sobre as medidas provisórias (BRASIL, 2001).

demandas, exerce importante papel interlocutor, garantindo a expressão dos diversos grupos e interesses. Aí está o fio da navalha entre exercer o papel de mediador, ponderar os interesses e demandas, estabelecer prioridades e atuar de forma equilibrada visando ao bem-estar coletivo e não simplesmente a atender aos interesses daqueles que os elegeram ou que lhe dão apoio político.

A judicialização da saúde: algumas notas

A expansão do papel do Poder Judiciário como mediador de conflitos políticos, defensor das regras constitucionais e assegurador de direitos de cidadania, denominado por diversos autores como um processo de “judicialização da política”, é um fenômeno marcante das democracias contemporâneas. Embora venha sendo utilizado de forma recorrente na literatura, o termo é polissêmico, admitindo significados distintos (FERREIRA *et al.*, 2004).

Do ponto de vista da análise da atuação do Legislativo, a judicialização refere-se à utilização de mecanismos tipicamente judiciais (análise de constitucionalidade e legalidade, emprego de raciocínios de licitude/ilicitude de determinados atos e processos) na arena de deliberação política. Em relação ao terreno das atribuições típicas do Executivo, observa-se que o Judiciário também emerge como espaço de discussão e decisão cada vez mais freqüente no âmbito dos processos de implantação de políticas públicas.

Para Boaventura de Sousa Santos, “há judicialização da política sempre que os tribunais, no desempenho normal das suas funções, afetam de modo significativo as condições da ação política”. O autor define duas formas principais para ocorrência desse processo: a de baixa intensidade, no qual o Judiciário se consolida como órgão de controle e fiscalização da conduta ética dos agentes públicos e da constitucionalidade de seus atos legislativos e normativos; e a de alta intensidade, em que “parte da classe política, não podendo resolver a luta pelo poder pelos mecanismos habituais do sistema político, transfere para os tribunais os seus conflitos internos” (SANTOS, 2003, p. 1).

Esse “ativismo judicial”, se por um lado limita e regula as atividades legislativas e administrativas, criando um “novo” tipo de espaço público para resolução de conflitos, desvinculado das instituições político-representativas formais do Estado, por outro altera os princípios

da separação dos poderes e da neutralidade política do Poder Judiciário (CITTADINO, 2003). A judicialização da política, portanto, tem como contraface a politização da justiça, com possíveis efeitos na forma como tradicionalmente os órgãos do Judiciário atuam em diferentes países. Estes passam a assumir a tarefa não só de defender e preservar os interesses e as funções do Estado, como também de assegurar a materialização dos direitos sociais de cidadania.²¹

Vários são os fatores que explicam a ampliação da atuação do Judiciário no sistema político. No Brasil, tanto a mobilização de setores organizados da sociedade civil, em defesa da redemocratização e dos direitos humanos, como as mudanças institucionais operadas a partir dos anos de 1980 e consolidadas na Constituição Federal de 1988, têm sido responsabilizados. Entre as alterações observadas, destaca-se a normatização dos chamados direitos difusos e coletivos,²² o novo papel do Ministério Público nessa área,²³ e o instrumento de defesa desses direitos – a ação civil pública (ARANTES, 1999).

O fenômeno da judicialização é particularmente crítico na área da saúde, principalmente pelo grande número de ações judiciais e pela mobilização de diferentes órgãos do sistema de justiça, como, por

²¹ Gisele Cittadino (2003) chama atenção para o fato de que, no Brasil, a cultura jurídica é de caráter fortemente positivista e privatista, associando-se prioritariamente aos direitos civis e políticos e menos à implementação de direitos econômicos e sociais, inclusive por defenderem uma concepção menos participativa do que representativa da sociedade. O fenômeno da judicialização da política tem como um de seus potenciais resultados a transformação da própria cultura do Judiciário em prol do *constitucionalismo democrático*, que se caracteriza por: 1) relativismo ético na busca do fundamento da ordem jurídica em contraposição ao positivismo; 2) resgate da “força do direito”, pela defesa intransigente da efetivação dos direitos constitucionalmente assegurados; 3) papel ativo do Judiciário na defesa desses direitos e, particularmente, dos direitos sociais de cidadania, em contraposição ao privatismo.

²² Segundo Arantes (1999), a Lei Federal nº 6.938, de 1981, que instituiu a Política Nacional do Meio Ambiente, pode ser considerada o marco inicial da normatização dos direitos difusos e coletivos no Brasil, bem como da inclusão de novos instrumentos processuais (a ação civil pública) para garantia desses direitos. Os interesses difusos e coletivos são aqueles que extrapolam a esfera individual (transindividuais), atingindo várias pessoas de forma indeterminada ou grupos sociais determinados.

²³ A Constituição de 1988 retirou o Ministério Público da alçada do Poder Executivo, conferindo-lhe autonomia administrativa e independência funcional e atribuindo-lhe novas funções como guardião dos direitos da sociedade pela via judicial. Dentre as instituições que compõem o sistema de justiça no Brasil, cabe ao Ministério Público: 1) fiscalizar o cumprimento da Lei; 2) acionar o Poder Judiciário em nome do Estado (desenvolver a acusação no processo criminal) com vistas à aplicação da pena nos crimes previstos em Lei; 3) acionar o Poder Judiciário para promover a defesa dos direitos difusos e coletivos (ARANTES, 1999).

exemplo, a Defensoria Pública e o próprio Ministério Público, na garantia do acesso a medicamentos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Atualmente, a relevância do tema pode ser identificada pelo crescente número de estudos realizados no campo da Saúde Coletiva. Pesquisas efetuadas procuram identificar a origem dos processos, os mecanismos e procedimentos utilizados, o objeto das ações, a argumentação utilizada nas notificações, os fundamentos jurídicos e os critérios utilizados nas decisões judiciais, bem como seus resultados e desdobramentos para a implantação da política de saúde (SARTÓRIO, 2004; MASSEDER *et al.*, 2005; BRASIL, 2005; BORGES, 2007). Se as informações disponíveis não permitam ainda uma análise mais abrangente e conclusiva sobre o processo de judicialização da saúde em curso, algumas questões merecem ser destacadas.

Em primeiro lugar, é possível identificar uma atuação relevante do Judiciário em áreas não equacionadas pela política nacional de saúde, como é o caso do setor de provisão de insumos e distribuição de medicamentos. Se é verdade que o objeto da ação judicial às vezes inclui medicamentos de eficácia não comprovada e não registrados no país, grande parte dos mandados judiciais têm sido utilizados como recurso para o acesso a medicamentos de competência obrigatória do Estado e indicados pelo Ministério da Saúde: medicamentos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, aqueles considerados estratégicos para o controle de determinadas doenças e agravos ou mesmo de uso raro e indicação excepcional.²⁴ Com isso, presume-se que a ampliação da atividade jurídica seja pelo menos em parte decorrência das deficiências da própria Administração Pública, podendo ter efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública.

Um segundo ponto refere-se à origem das ações e a diversidade de interesses em jogo. A justiça foi a via preferencial utilizada pelo movimento dos portadores do vírus HIV/Aids no Brasil, ainda na década de 1980, tendo sido um canal importante para a garantia de

²⁴ Nesse sentido, Masseder *et al.* (2005) indicam a ampliação dos tipos de medicamentos e patologias associadas aos mandados judiciais impetrados contra o Estado do Rio de Janeiro no período de 1991 a 2002.

medicamentos e exames para o tratamento e controle da doença nos programas conduzidos nacionalmente pelo Executivo federal no período de implantação do SUS (BRASIL, 2005). Entretanto, há de se considerar o *marketing* e as pressões da indústria farmacêutica sobre os médicos, as ONGs, as instituições e as pessoas portadoras de HIV/AIDS para a incorporação de novos medicamentos e exames, na origem de muitos desses processos, independentemente das questões relacionadas ao uso racional de procedimentos médicos e dos possíveis danos associados à indicação inapropriada e ao mau uso. Isso também se aplica a outras condições, como neoplasias e doenças raras com tratamentos experimentais e/ou de alto custo.

Considerações finais

A Constituição da República de 1988 estabeleceu, no plano da proteção social, a expansão de uma série de direitos, com destaque para a proposta de Seguridade Social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. No que concerne ao sistema político, foram definidas diretrizes voltadas para o alcance de maior equilíbrio entre os Poderes (*checks and balances*) e o restabelecimento do processo democrático no âmbito político e institucional.

O conteúdo da Lei Orgânica da Saúde, fruto de debates entre o Legislativo e o Executivo, é bastante abrangente e positivo no que diz respeito à garantia do direito, com destaque para a reafirmação das diretrizes de universalidade e integralidade e a definição de responsabilidades do Executivo nas três esferas de governo. Mesmo com a diretriz de descentralização político-administrativa, afirma-se uma série de competências para a direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde. Caberia ao Executivo Nacional a regulamentação necessária à condução da política de acordo com os princípios do SUS e uma série de atribuições em áreas estratégicas. O que se observa nos anos subsequentes, no entanto, é que a fragmentação na condução das políticas e o excesso de normatização federal em alguns âmbitos prejudicam a compreensão da direcionalidade da política nacional. Além disso, registram-se importantes lacunas de atuação do Ministério da Saúde nos campos de recursos humanos e de insumos, que se manifestam nas esferas estadual e municipal e prejudicam o cuidado à saúde na perspectiva da universalidade e integralidade.

A ação do Legislativo no período de implantação do SUS também expressa uma fragmentação acentuada, com um movimento predominante de atendimento a demandas legítimas, porém específicas de determinados grupos. Tais demandas ganham espaço e se transformam em leis pontuais à medida que as diretrizes abrangentes da Constituição e da LOS não se concretizam completamente. Por outro lado, geram contradições em relação a uma concepção mais abrangente e universal do direito.

Nesse contexto, a ação do Judiciário e do Ministério Público, fundada numa revisão de suas responsabilidades por novas regras institucionais, ganhou destaque na busca de garantia dos direitos dos cidadãos à saúde. As ações judiciais são movidas muitas vezes contra gestores estaduais, municipais e de serviços públicos de saúde, particularmente nas áreas em que a política nacional expressa maiores lacunas e contradições. Por exemplo, gestores são pressionados pela Justiça / Ministério Público para a realização imediata de concursos públicos, após terem sido submetidos por anos a políticas restritivas à contratação de pessoal e estarem subordinados aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Outro exemplo são exigências de compra de determinados medicamentos em situações dúbias ou contraditórias em relação à perspectiva do direito social, como: para pessoas atendidas no setor privado; quando não existe clareza sobre a efetividade da droga; ou no caso de medicamentos essenciais em falta na rede básica de serviços, eventualmente disponíveis como genéricos em farmácias comuns ou nas conveniadas ao Programa Farmácia Popular. Por outro lado, a ação do Judiciário e do Ministério Público também é fragmentada entre milhares de autoridades que, face à carência de parâmetros objetivos, muitas vezes passam a definir critérios próprios para decidir e julgar.

Revelam-se, desta forma, a fragilidade e as deficiências no relacionamento existente entre os Poderes do Estado no que se refere à concretização do direito à saúde. Pelo lado do Executivo e do Legislativo cresce a idéia de que, frente às despesas impostas aos cofres públicos, faz-se necessário estabelecer um novo marco legal que regule a dispensação de medicamentos e realização de outros procedimentos médicos.

Exemplo disso é o Projeto de Lei nº 219, de 2007, de autoria do Senador Tião Viana, que vem atender aos apelos dos gestores do SUS, na tentativa de cercear a atuação do Judiciário visando a restringir a garantia de acesso somente aos procedimentos terapêuticos ambulatoriais e hospitalares constantes de tabelas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Além de limitar o próprio conceito de integralidade do SUS, o projeto desconsidera a importância das conquistas da sociedade civil organizada pela via da justiça na expansão do acesso a novas tecnologias relevantes para o tratamento e controle de determinadas doenças (como foi o caso do movimento dos portadores do HIV/Aids, citado anteriormente). Em contrapartida, cresce pelo lado do Judiciário um movimento de autonomização e insulamento, que se não mediado pelas informações e conhecimento das regras que condicionam a ação do Executivo e Legislativo no setor da saúde, pode gerar um desordenamento ainda maior das ações e serviços de saúde prestados à população.

A desarticulação entre os Poderes revela a importância do aprimoramento dos mecanismos de pesos e contrapesos (*checks and balances*) na saúde e dos canais de diálogo entre as instituições públicas que operam na garantia dos princípios do SUS. Ainda que tenham ocorrido avanços, há muitos desafios a enfrentar para que o Estado exerça de forma mais efetiva o seu dever de assegurar a saúde como direito de todos os cidadãos.

Referências

- AMORIM NETO, O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Orgs.) *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 2004.
- ARANTES, R. B. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 39, p. 84-102, 1999.
- AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: _____. *Economia e desenvolvimento*. Brasília: CEPAL, 1989. p. 120-150.
- BAPTISTA, T. W. F. *O Poder Legislativo e a garantia do direito à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2007 (mimeo).
- _____. *Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

- _____. Seguridade Social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 49, n. 3, p. 999-118, 1998.
- BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V. O Legislativo e a Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- BORGES, D. *Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BOSCHI, R.; LIMA, M. R. S. O Executivo e a construção do Estado no Brasil: do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. In: VIANNA, L. W. (Org.) *A democracia e os três poderes no Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *O financiamento da saúde*. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção *Progestores: para entender a gestão do SUS*, 3).
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*: 5 out. 1988. Brasília: Senado Federal, 2003. (Atualizada até a Emenda Constitucional n. 40, de 29 maio. 2003) Disponível em: <www.legis.senado.gov.br/con1988/index.htm>. Acesso em: 15 dez. 2003.
- _____. *Emenda Constitucional n.32*. Brasília: Congresso Nacional, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório da Avaliação Normativa da Situação das Equipes de Saúde da Família 2001-2002*. Disponível em: www.saude.gov.br/psf.htm. Acessado em: 15 jan. 2005.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O Remédio Via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CARVALHO, J. M. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Orgs.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 2004. p. 21-33.
- CEBES. A questão democrática na área da saúde. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, n. 9, 1980.
- CINTRA, A. O. Presidencialismo e parlamentarismo: são importantes as instituições? In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Orgs.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 2004. p. 37-60.
- CITTADINO, G. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação de poderes. In: VIANNA, L. W. *A Democracia e os três poderes no Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2002. p. 17-42.
- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e sociedade*. Campinas, n. 17, p. 113-140, 2001.
- FAGNANI, E. *Política social do Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 2005.
- FAVERET, A. C. S. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

- FERREIRA, C. D. *et al.* *O Judiciário e as políticas de saúde no Brasil: o caso Aids*. Prêmio IPEA 40 anos. Concurso de Monografias, 2004.
- FIGUEIREDO, A. C.; LIMONGI, F. *Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- FIORI, J. L. Para uma economia política do Estado brasileiro. In: _____. *Em busca do dissenso perdido*. Ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight, 1995. p. 121-161.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40 (n. especial), p. 11-23, 2006.
- GADELHA, C. A. G. *et al.* *Saúde*. Nota Técnica Final. Estudo da Dimensão Territorial do PPA- Estudos prospectivos setoriais e temáticos. Brasília, 2006 (mimeo).
- KUSCHNIR, K. *O cotidiano da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- LEVCOVITZ, E.; ARRUDA, D. M. C.; GARRIDO, N. G. *A responsabilidade sanitária do Estado: duas ou três coisas que sei dela*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 85).
- LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.
- MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007a.
- _____. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2.113-2.125, 2007b.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia de acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.
- OLIVEIRA, F. *Crítica à razão dualista: o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- PESSANHA, C. O Poder Executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras: teoria e prática. In: VIANNA, L. W. (Org.) *A democracia e os três poderes no Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003.
- SALLUM JUNIOR, B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: _____. *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: Edusc, 2004. p. 47-77.
- SANTOS, B. S. A judicialização da política. *Jornal Público*. Lisboa, 2003. Disponível em: <http://www.ces.pt>. Acessado em: out 2007.
- SANTOS, W. G. *O ex-leviatã brasileiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- SARTÓRIO, M. J. *Política de Medicamentos Excepcionais no Espírito Santo: a questão da judicialização da demanda*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Porto Alegre, Porto Alegre, 2004.

SOUZA NETO, C. P. Teoria da Constituição, democracia e igualdade. In: SOUZA NETO, C. P. *et al.* (Orgs.). *Teoria da constituição: estudo sobre o lugar da política no direito constitucional*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 513-560, 2001.

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral

ELMA ZOBOLI

Introdução

Cuidar. Ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. Nesta compreensão, toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, apenas. Refere-se à atitude, modo de ser – ou seja, a maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, os outros, o mundo e, também, consigo mesma. E esta atitude é de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças.

Na área da saúde, a expressão *cuidado* tem sido empregada em diversos sentidos que abrangem desde sua contraposição ao curar até proposta ética. O profissional *cuidadoso* (que se move pela ética do cuidado) vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E o faz, prazerosamente, observando sua singularidade, identificando seus recursos, internos e sociais, e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e expressão autonômica.

Cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser”. É atender às pessoas em seu sofrimento com respeito e acolhida, sem perder de vista sua fragilidade, também social. Requer a aceitação do outro como sujeito

e um mover-se no sentido da construção da saúde como projeto de cidadania (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Assim o cuidado torna o mundo social seguro, evitando o isolamento e prevenindo a agressão, pois aposta na comunicação e na solução não-violenta dos conflitos. É uma proposta ética que não se resume à enunciação de regras; antes seu ideal consiste numa atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades, de tomar conta do mundo por meio da ativação da teia de interconexões que o faz e mantém a vida de modo que ninguém seja deixado sozinho. Essa teia de relações sociais é complexa; flui historicamente com lógicas distintas, específicas e permeadas de contradições, incoerências, harmonias e desequilíbrios (LUZ, 2004).

Então, à interpelação pela responsabilidade individual e coletiva no cuidado, trataremos de abordar pela vertente da ética ou moral e não pelo veio legal, como também é possível. Tal opção é questão de coerência com o campo de conhecimento da bioética, ao qual tenho me dedicado nos últimos anos. Isto também assinala o lugar de onde se tratará o cuidado como proposta ética. Será da alternativa instaurada pela bioética para abordar a ética em saúde, que se caracteriza como abordagem secular, inter, multi, transdisciplinar, prospectiva, global, multicultural, inter-religiosa e sistemática, que considera a pluralidade dos contextos e tem por base o diálogo inclusivo de todos os afetados e envolvidos como interlocutores válidos.

Bioética, cuidado e responsabilidade

Há candentes discussões acerca da gênese, do estatuto epistemológico, da abrangência temática, dos paradigmas e da fundamentação da bioética que, claro, não podem ser aqui tratadas. Também o rosto da bioética nacional inclui diversas perspectivas e tendências (ANJOS; SIQUEIRA, 2007). Assim, as compreensões que nortearão este texto não devem ser tomadas como únicas, mas como uma opção, dentre várias, para trilhar o trabalho neste campo do conhecimento.

De fato, a bioética pode ser definida de várias maneiras pertinentes. Isso é resultado da situação de pluralismo moral e metodológico vigente atualmente, tanto no mundo como na academia. Existe uma

pluralidade de sistemas organizados e coerentes de normas e valores para orientar a ação humana envolvendo outros humanos e outros seres vivos não-humanos e, também, uma pluralidade de métodos de justificação de tais sistemas. Além, é obvio, de uma pluralidade de tendências legítimas do saber bioético, a despeito da doxa epistemológica representada pelo principialismo na prática (SCHRAMM; ANJOS; ZOBOLI, 2007).

A bioética é uma nova maneira de focar a ética nas ciências da vida e da saúde, que combina estudo e reflexão e traça uma ponte entre as ciências biológicas e humanas, através de um diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria, entendida enquanto conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida para todos (ZOBOLI, 2006).

Ética, de *ethos*, *ethiké*, e vida de *bíos*, *zôé* conformam a bioética. Por *ethos* compreende-se “morada”, “caráter”, “costume” e “hábito”, e por *ethiké* “reflexão sobre o ethos”, “ciências dos juízos referentes à distinção sobre o correto e o incorreto”. A partir da distinção grega para os outros dois termos, tem-se *bíos* como a “vida prática humana”, incluindo os âmbitos intelectual, moral e político, e *zôé* refere-se à “vida orgânica” humana e dos demais sistemas autopoieticos, ou seja, a vida orgânica de qualquer ser vivo. Tal diferenciação não significa necessariamente a separação entre os dois conceitos de vida, antes implica sua articulação num tipo de relação topológica, na qual não se separam, mas vinculam-se, sem sobreposição (SCHRAMM; ANJOS; ZOBOLI, 2007).

Considerando esta filologia da palavra na perspectiva do cuidado, podemos tomar a bioética como tematização reflexiva e crítica do *ethos*, enquanto parte integrante da vida prática humana, com vistas a assegurar uma boa morada para todos os seres viventes, por meio de hábitos, costumes e caráter compatíveis para tal.

A orientação ética do cuidado está presente na gênese do termo *bioética* proposta por Van Ressaenler Potter quando, em seu livro *Global Bioethics: building on Leopold Legacy* (POTTER, 1988), retoma que pretendia “descrever a amálgama dos valores éticos e fatos biológicos” (p. 71), incluindo as dimensões da bioética médica e da bioética ecológica. No entender de Potter (1988, p. 21), “como Carol

Gilligan,¹ Leopold estava preocupado mais com responsabilidades do que com direitos”, coincidindo ambos no entendimento de que os problemas morais decorrem mais de responsabilidades em conflito do que de confrontos de direitos individuais.

Potter (1988, p. 89) ainda enfatiza a responsabilidade como essencial para a bioética: “Aqui na concepção de responsabilidade nós temos a base da bioética global, uma visão que modificaria a ênfase médica na sobrevivência individual e fomentaria paz e a preservação do ecossistema.” Assim, não parece exagerado afirmar que cuidado e responsabilidade articulam-se na gênese da bioética como proposta por Potter, embora se reconheça que não foi esta a vertente mais difundida.

O próprio Potter (1988, p. 71) assinala que um “movimento independente” iniciado na *Georgetown University*, que utilizava o termo *bioética* e o aplicava, exclusivamente, aos problemas médicos, não estava em consonância com a concepção ecológica e a orientação à sobrevivência da humanidade que havia fundamentado e motivado sua proposição da expressão bioética, partindo dos pensamentos de Aldo Leopold. Isto porque, neste caso, estava implícito o foco na pendência de direitos entre indivíduos e não a conexão e interdependência de todas as formas de vida na “comunidade Terra”, como era seu propósito reforçar.

Inserida no bojo da bioética global, a responsabilidade torna-se cabeça-de-ponte para os esforços de todos que almejam promover o bem-estar e a sobrevivência da comunidade Terra. A bioética global combina direitos e responsabilidades não como dimensões mutuamente exclusivas e/ou excludentes de um continuum bipolar, mas os vincula de maneira dialeticamente complementares.

¹ Refere-se a Carol Gilligan (1936-), professora e pesquisadora da área de Psicologia na Universidade de Harvard, que com seus estudos publicados no livro *In a different voice: psychological theory and women's development*, de 1982, revolucionou a teoria do desenvolvimento moral ao criticar os trabalhos de Lawrence Kohlberg, de quem foi assistente. Suas críticas ponderavam que Kohlberg privilegiava em seus estudos homens e meninos brancos e, conseqüentemente, a visão masculina dos direitos individuais e das regras era considerada, na escala de desenvolvimento moral, um estágio mais elevado do que o ponto de vista das mulheres, que se elaborava em termos do efeito do cuidado nas relações humanas. A autora aponta, então, uma voz diferente, a do cuidado e marca que esta voz é somente diferente e não defectiva, como era usualmente rotulada.

A responsabilidade no cuidado e justiça como propostas éticas

A ética do cuidado baseia-se na compreensão da interconexão e interdependência dos seres vivos. Valoriza as relações interpessoais. Evoca, assim, uma responsabilidade que, por ser essencialmente ética, torna-se mútua, pois correspondente de parte a parte, recíproca.

O paradigma hegemônico fundamentado nos direitos de cada indivíduo em sua independência, denominado ética da justiça, não consegue dar conta dos problemas atuais. As questões éticas ultrapassam a esfera humana e abraçam a reprodução ecológica da vida, partindo das necessidades dos seres vivos e da vulnerabilidade do seu sistema de relações. A degradação do ambiente natural e social fragiliza e ameaça o próprio ser humano. Em resposta a tal vulnerabilidade e fragilidade dos seres, a única atitude necessária e responsável é o cuidado, decorrendo a urgência de construir um novo paradigma ético (JUNGES, 2006).

As visões éticas da justiça e do cuidado se contrastam e complementam em suas características (JUNGES, 2006; TONG, 1998; ZOBOLI, 2007):

Ética do cuidado	Ética da justiça
Abordagem contextual e engajada	Abordagem abstrata, distante do real
Atenção ao singular e particular, contemplando a diversidade, pluralidade e diferença	Foco no universal e estrutural
Conexão, entrelaçamento e interdependência	Separação, individualismo e independência
Relacionamentos comunitários	Direitos individuais
Inclui o papel das emoções e da afetividade	Reforça o papel da razão e da argumentação lógica
Formação de um bom caráter a partir de disposições interiores	Ações retas a partir de julgamentos corretos
Ética da virtude, de atitudes, de responsabilidade	Ética de princípios, de normas

Para a ética do cuidado, as questões éticas originam-se de responsabilidades conflitantes, requerendo para sua resolução um modo de pensar contextual e narrativo. O ideal do cuidado consiste, então, numa atividade de relacionamento, de perceber e responder às neces-

sidades, de tomar conta do mundo buscando a manutenção da teia de conexão de modo que ninguém seja deixado sozinho ou desprotegido (GILLIGAN, 1998). É central a resolução não-violenta de conflitos, pois os envolvidos não são adversários em uma pendência de direitos, mas membros entrelaçados de uma comunidade em rede de relacionamentos, de cuja continuidade todos dependem para assegurar a vida. Conseqüentemente, a comunicação, garantindo a inclusão de todos mediante o fortalecimento de cada parte, é o modo privilegiado para a solução dos conflitos (GILLIGAN, 1998).

É preciso integrar direitos e responsabilidades, por meio da descoberta da complementaridade das duas visões éticas: cuidado e justiça. Essa integração permite compreender, por um lado, que as necessidades de compaixão e cuidado são universais e que a desigualdade violenta a dignidade humana. Por outro, possibilita perceber a insuficiência de uma concepção de justiça míope para as diferenças da vida humana, corrigindo a latente indiferença de uma moralidade de não-interferência e voltando a atenção para as conseqüências da escolha.

A ética do cuidado é uma questão de atitude frente às pessoas e o mundo, um modo-de-ser essencial e irredutível. Ao integrar cuidado e justiça, tendo em vista a responsabilidade mútua resultante de nossa interdependência, temos que, como nos lembra Freire (1996), mais do que ser no mundo, ser presença no mundo, com o mundo e com os outros:

Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que inter-vém, que transforma, que fala do que faz, mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe. É no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade. (FREIRE, 1996, p. 20)

Se cuidado é resposta frente à vulnerabilidade, mover-se pela ética do cuidado implica assumir uma atitude, um modo-de-ser essencial no qual a pessoa faz-se presença responsável e, sem esquecer de si, sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de inter-relações pessoais, sociais e ambientais que dá suporte e sustenta a vida, a fim de potencializar positivamente essas relações, por meio da comunicação inclusiva e da

solução não-violenta dos conflitos na defesa e promoção da vida, especialmente dos mais vulneráveis.

Torna-se essencial, então, a alteridade como critério ético. Na compreensão de Correia (1993), o critério de alteridade funda-se no outro como valor axiológico e praxiológico, numa “práxis da alteridade”. Um outro que é sujeito e protagonista histórico. Um outro que é visto como pessoa que, por sua vez, é tida como relação, abertura, comunicabilidade e intersubjetividade.

Alteridade implica a capacidade de apreender o outro na plenitude de sua dignidade e, sobretudo, de sua diferença. Quanto menos a alteridade permear as relações humanas pessoais e sociais, mais espaço restará para os conflitos insolúveis (SELLETI, 2005). Isto, é claro, compromete a aposta na resolução não-violenta dos conflitos que está no cerne da ética do cuidado. Daí a importância do critério ético da alteridade no cuidado e a reviravolta que representa tomar esta posição ética. Ao apoiar a visão da condição humana na capacidade de as pessoas se importarem com os outros, com as coisas, com a comunidade, com uma trajetória de vida ou consigo próprias, a ética do cuidado confronta e desafia os sistemas de pensamento racionalistas, abstratos e impessoais detentores de abrangente ascendência social, ética, política e religiosa.

Mas não é só o cuidado que implica e exige alteridade; para gerar justiça faz-se necessário ultrapassar o atomismo individual rumo ao olhar para o rosto do outro. Concordando com Levinás, Selletti e Garrafa (2005) ponderam que a concepção do ser humano a partir da ontologia ocidental marcada por um cunho transcendental estaria na origem de um sistema gerador de injustiça para com o outro, pois não o considera na sua singularidade e unicidade. Destacam o rompimento proposto pelo filósofo, ao recolocar e valorizar a compreensão do eu em relação com o outro no mundo. Não se trata mais de um eu abstrato e universal e, tampouco, a relação do eu com o mundo reduz-se ao esquema cognitivo, sujeito-objeto, mas é uma relação em que o eu se percebe parte integrante do mundo.

Com esta proximidade, propicia-se uma ética que tem na alteridade seu critério e se estabelece na responsabilidade para com o outro.

Abrir-se ao outro define o ser humano como pessoa, designando sua reciprocidade que torna presente a questão do outro e do ser

humano como ser-com-outros. A pessoa é um ser de relação que se autoconstitui na intersubjetividade, que instaura uma relação dialógica com um outro eu. Por ser reciprocidade, à pessoa corresponde a exigência de responsabilidade, como responder diante do outro e sentir-se responsável pelo outro (CORTINA, 2005).

Da vulnerabilidade, a responsabilidade pelo outro

De maneira geral, pode-se entender responsabilidade como render contas. E ser responsável como ser capaz de render contas, de responder. A responsabilidade é uma realidade inexorável da vida humana. Viver implica responder, e responder responsabilmente significa justificar atos e escolhas, dando conta de suas conseqüências. Mas não basta responder por atos e suas conseqüências, seja reparando danos ou suportando punições. A pertença à comunidade do gênero humano, que estabelece a necessidade e essencialidade de uma práxis da alteridade, requer a responsabilidade pelo outro.

A responsabilidade inclui dois sentidos: ser responsável pelos atos e pelo outro. No primeiro, cada qual responde por suas ações. Em decorrência de nossa liberdade, temos que, inevitavelmente, fazer escolhas a tal ponto que não escolher configura uma escolha. E por podermos escolher, temos também de prestar contas de nossos atos, de nossas ações e omissões (FERRER; ÁLVAREZ, 2005; NUNES, 2006).

Neste sentido, ser responsável é, exatamente, ter de responder, de explicar, de justificar o que se fez ou se deixou de fazer, lembrando que a ação e a omissão são igualmente escolhas. E se é tanto pelas escolhas como por suas conseqüências que respondemos, então, responder pelos que não se fez ou por coisas que não realizamos ainda configura a responsabilidade por um ato praticado: a escolha. Esta, pelo fato de ter sido eleita a opção de não agir, não deixou de ser escolha e tampouco perdeu seu caráter de ato decorrente de deliberação moral e pelo qual somos responsáveis. A responsabilidade ética é sempre, em última instância, um compromisso pessoal.

Às ações genuína e substancialmente autônomas corresponde a responsabilidade ética. É o prestar contas à comunidade dos seres morais, como um deles que se é. Nesta condição, a pessoa primeiro dá conta de suas ações a si mesmo, pois sua condição humana exige

a apreciação dos atos ao juízo da própria razão e, depois, tem que dar contas à comunidade dos seres morais, que pode legitimamente pedir-lhe isto pela questão de pertença comum. É na comunidade dos seres morais que as exigências de proteção, respeito, direitos e solidariedade adquirem sentido. Fora da comunidade dos seres morais, os clamores por ações e atitudes éticas não gozam de sentido pleno, pois na gênese da estrutura moral da pessoa estão sua índole comunitária e sua sociabilidade constitutiva (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Isto nos remete ao segundo sentido de responsabilidade.

Neste, somos responsáveis pelo outro que poderá, eventualmente, pedir contas desta responsabilidade (NUNES, 2006). O outro, na qualidade de ser humano, guarda em sua existência a exigência radical de respeito, uma vez que detém um mandato de vida que, por si só, basta para reclamar de maneira eloqüente a manutenção de sua integridade como ser (SIQUEIRA, 1998).

No âmbito moral, é pelo outro que se é considerado responsável, a ponto de justificar responsabilidade pelo dano. Se é responsável pelo dano porque, antes de mais nada, se é responsável pelo outro vulnerável (NUNES, 2006).

Além de sociais, os seres humanos somos ontológica e socialmente vulneráveis. E a moralidade, então, decorre não apenas de nossa condição de seres comunitários, mas também do fato da comunidade humana constituir-se de seres vulneráveis (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Como vulneráveis, precisamos e requeremos proteção e sustentação mútuas para subsistir e viver. Todos nós dependemos da comunidade moral, à qual inexoravelmente pertencemos pelo fato de sermos humanos, para realizarmos nossas capacidades. Daí decorre que somos co-responsáveis por seu zelo e por sua manutenção.

Para amparar a vulnerabilidade humana, é insuficiente a responsabilidade que implica apenas responder por atos, omissões e danos. Para dar conta das obrigações que temos junto à comunidade de seres morais e vulneráveis à qual pertencemos, são imprescindíveis as contribuições positivas de cuidado de uns para com os outros. O cuidado configura contribuição positiva em defesa e fomento da vida. Tem de se constituir proteção emancipatória dos vulneráveis.

A vulnerabilidade presente e futura dos seres humanos e de seu meio ambiente torna-se o centro do cuidado responsável (NUNES, 2006).

Responsabilidade: para julgar é preciso cidadania moral

Se responsabilidade é responder, especialmente com cuidado pelo outro, resta perguntar perante quem se deve responder. É claro que, primeiramente, devemos responder diante de nós mesmos como seres morais que somos. Mas, justamente por esta condição também devemos explicações aos outros, à comunidade dos seres morais à qual pertencemos, uma vez que nossas ações afetam os demais.

E os afetam não apenas diretamente, por proximidade geográfica ou temporal. Uma vez que o resultado de nossa ação, em certa medida, já se encontra delineado no presente (SIQUEIRA, 1998), há uma responsabilidade futura, com a continuidade do devir que faz dos seres humanos pessoas, já que seres históricos. Ainda, o menor dos atos, nas circunstâncias mais limitadas, traz em si a semente do ilimitado e um único ato ou palavra podem ser suficientes para mudar todo o conjunto (NUNES, 2006). Mas além de essa solidariedade de estar no mesmo barco, de nossa autonomia decorre que somos, cada um de nós e todos nós, que devemos protagonizar a edificação de uma cidadania moral. Se não o fizermos, não há que o faça por nós.

Evocamos aqui o conceito de cidadania por acharmos que, se tomado no entendimento de Cortina (1999), pensamos que pode favorecer aliar a ética do cuidado com a ética da justiça para a construção do cuidado como projeto coletivo. A autora considera a cidadania como um conceito mediador porque integra exigências de justiça e, ao mesmo tempo, faz referência aos que são membros de uma comunidade. Assim, une a racionalidade da justiça com o calor do sentimento de pertença, respeitando diversidade e pluralidade, numa interculturalidade.

Retomando o quadro comparativo das éticas da justiça e do cuidado, vemos que o sentido de pertença tem a ver com o enfoque do cuidado quando enfatiza os relacionamentos comunitários; a conexão, entrelaçamento e interdependência e a atenção ao singular e particular, contemplando a diversidade, pluralidade e diferença. Por outro lado, a ética da justiça põe foco nos direitos individuais, reforçando o papel da razão e da argumentação lógica.

Defendemos a integração dos dois enfoques direitos (justiça) e responsabilidades (cuidado), tanto pela complementaridade das duas visões éticas, como pela possibilidade de compreender que compai-

xão e cuidado são necessidades universais e que a desigualdade injusta e passível de ser evitada representa uma violência para a dignidade humana. Ainda esta integração permite reorientar uma concepção míope e insuficiente da justiça, que não enxerga as diferenças da vida humana e pode ser, assim, potencialmente geradora de indiferença e não-interferência.

Com base no pensamento de Hannah Arendt, Nunes (2006) afirma que a indiferença, tanto em termos políticos como morais, é “o maior de todos os perigos, seguido de perto pela tendência generalizada em recusar a julgar”. Poderíamos dizer que a indiferença é estéril e pode ser, em certa medida, considerada um ausentar-se do mundo. E “toda ausência de mundo é sempre uma forma de barbárie”. Daí se trazer à cena a compreensão de cidadania. “A política é essencialmente este retomar instituidor sob a forma de uma responsabilidade pelo mundo que se implica em co-responsabilidade, introduzida no mundo pelo debate” (NUNES, 2006). E neste sentido, a síntese mediadora proposta por Cortina (2005), citada anteriormente, parece favorável para gerar o espaço público que, integrando as éticas da justiça e do cuidado, assuma, de maneira fértil e zelosa, o cuidado como valor.

Assumir o cuidado como valor significa alçá-lo a ordem do Ser e Bem, tornando-o um ideal a ser perseguido (DURAND, 2003). Um projeto comum a ser levado a cabo por cidadãos engajados em uma cidadania moral. A cidadania moral implica passar do “estado de massa” para o “estado de povo”, no qual as pessoas se valorizam e respeitam mutuamente e, juntas, levam a cabo projetos comuns e julgam o que consideram por correto ou bom. Um cidadão que se vê como agente moral é a pessoa que deseja ser feliz e faz todo possível para sê-lo, mas sabe que essa felicidade deve ser buscada no seio de uma sociedade na qual há de se comportar com justiça, o que significa que terá que compartilhar com os demais cidadãos tanto as cargas como os benefícios (CORTINA, 1999).

Mas frente à pluralidade e diversidade que marcam a sociedade atual e que precisam ter seu espaço de cidadania, pensar nesta construção conjunta e compartilhada requer ir além da aposta na casual coincidência de valores para o correto ou bom, como costuma acontecer entre amigos morais. Ou seja, não podemos esperar que todos concordem sobre o valor do Cuidado.

É preciso uma vontade comum, uma disposição para se por de acordo, para dialogar numa racionalidade da ética comunicativa, que brote do interior das pessoas. Essa disponibilidade é essencial numa comunidade moral como a que somos atualmente, muitas vezes de verdadeiros estranhos morais, em virtude do pluralismo, que é também moral, e do atomismo do eu isolado, no extremo do individualismo.

Entretanto, pluralidade ou pluralismo difere de “politeísmo axiológico” (CORTINA, 1999). O primeiro radica-se na interdependência e o último no atomismo individual, pois crê que as questões relativas aos valores éticos são subjetivas e equipara pluralismo a tolerar as opções alheias. Nesta compreensão, cada qual, acreditando que as questões morais dependem de preferências individuais, chegando por vezes às raias da arbitrariedade, opina como quer e torna-se difícil, se não impossível, chegar a um acordo intersubjetivo, pelo simples fato de que as pessoas nem remotamente têm a intenção de se porem de acordo, uma vez que não acreditam na sua possibilidade.

O pluralismo moral salutar é incompatível com o subjetivismo moral, que marca o “politeísmo axiológico”. O pluralismo consiste em compartilhar uns mínimos morais para juntos se construir uma sociedade mais justa. Respeitando estes mínimos compartilhados, cada qual poderá defender e perseguir seus ideais de felicidade, que configuram uns máximos com os quais não há por que estarem todos de acordo para poderem conviver com mútuos apreço e respeito (CORTINA, 1999).

A dignidade humana, em que cada um de nós é um fim em si mesmo; a alteridade, como capacidade para cada qual transcender a si mesmo e voltar o olhar para o rosto do outro compreendendo seu sofrimento e sentindo-se por ele afetado e responsável; a vulnerabilidade, como a susceptibilidade de cada qual a ser ferido; a interdependência e solidariedade próprias e necessárias para a vida humana são justificativas responsáveis na defesa do cuidado como valor-guia e projeto comum. Mas se as pessoas, que são os protagonistas da vida moral, não estiverem dispostas a assumir uma atitude de indagar seriamente pelo que é eticamente correto, a concretização da vida ética não acontece por mais leis que se promulguem (CORTINA, 1999).

Isto nos remeteria à questão do julgar. Com Nunes (2006), entende-se por julgar, formar juízos, numa dupla condição ajuizar e compreender o sentido. E para julgar faz-se necessário conhecer o que

foi coletivamente acordado e compartilhado pela comunidade de cidadãos morais. Isto porque, “o julgamento faz apelo ao que se enraíza no sentido de comunidade”. E uma das maneiras de se conhecer o valor cuidado será fazer sua vivência, uma experiência fecunda, com o olhar voltado para o rosto do outro vulnerável e co-partícipe de uma comunidade moral, que leve à formação de um caráter disposto ao diálogo e que reconheça nossa interdependência humana e com todos os seres vivos como um clamor por responsabilidade mútua.

O método mais fecundo para a transmissão de valores é o processo de degustação, e para se chegar conjuntamente ao que é o mais justo, é preciso forjar um caráter disposto à comunicação (CORTINA, 2007). Isto nos remete à questão da educação, que, é claro, para ser libertadora, para ser um verdadeiro ensinar (FREIRE, 1996), não pode resumir-se à transferência de conhecimentos científicos, numa mera transmissão de informação e treinamento em habilidades e procedimentos.

Educar na responsabilidade, fazer com que as pessoas tenham uma visão responsável do mundo e da vida parece ser uma grande pendência das nossas sociedades. É preciso formar pessoas adultas, maduras, razoáveis, prudentes e responsáveis. O que não é possível sem uma atenção especial ao âmbito dos valores (GRACIA, 2004).

Como experiência especificamente humana, a educação é uma forma de intervenção no mundo que, além do conhecimento dos conteúdos, implica o esforço dialético da reprodução da ideologia dominante e seu desmascaramento (FREIRE, 1996). Resta saber o que queremos. Queremos educar para a manutenção da situação presente das sociedades ou para sua transformação? E na saúde: queremos manter o atual quadro da atenção ou transformá-lo? Para o projeto comum do cuidado, parece óbvio qual deve ser nossa resposta responsável. Esta só pode ser a da transformação rumo à centralidade da pessoa.

“É uma imoralidade, para mim, que se sobreponha, como vem se fazendo, aos interesses radicalmente humanos, os do mercado” (FREIRE, 1996, p. 112). E atualmente a imoralidade é tal que o mercado se “personifica” ou se “pessoaliza”, pois “ele” fica nervoso, estressado, apático e trabalha. Ações, sentimentos e estados próprios do humano e não de um mecanismo ou construção histórica que é.

Ao nos reconhecermos capazes de observar, de comparar, de

avaliar, de deliberar, de escolher, de decidir, de intervir, de romper, de transformar, de optar, enfim, de julgar, emitindo juízos e atribuindo sentidos, nos fazemos seres éticos, cidadãos morais. É claro que isto abre caminho para a transgressão da ética, que deve ser vista como possibilidade, mas jamais como direito. É possibilidade diante da qual não podemos ficar de braços cruzados. Não podemos absorver as transgressões em lugar de condená-las, naturalizando-as num fatalismo imobilizador, numa atitude irresponsável reiterativa da perversidade que leva à superposição do mercado ao humano, geradora de injustiças e diferenças inaceitáveis frente às exigências da dignidade humana e de uma cidadania justa.

É preciso resistência, indignação e “justa ira” (FREIRE, 1996). Uma tomada de posição em defesa da vida e tudo que é essencialmente humano. Uma ruptura com o vigente. Essas são decisões compatíveis com a presença humana, que é presença ética e se vê aviltada toda vez que se transforma em pura sombra.

Centrar a atenção de saúde nas pessoas, usuário e trabalhadores, requer sensibilidade e compromissos éticos, pois a efetivação desse ideal não se resume a novas configurações profissionais e organizacionais da equipe técnico-assistencial e dos serviços. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) configura reviravolta ética por exigir dos envolvidos, políticos, profissionais, trabalhadores, gestores e usuários, mudanças atitudinais e culturais para se tomar o cuidado como valor-guia a atenção à saúde. Exige-se nova prática marcada pela humanização e pelo exercício de uma cidadania moral.

A despeito da preocupação ética e de se reconhecer que a efetivação do SUS implica um processo ético de mudança atitudinal dos atores sociais envolvidos, pouco tem se trabalhado acerca das responsabilidades éticas de cada qual desde o início de sua implantação (GARRAFA, 1995). Tal pendência persiste, esta questão crucial segue sendo pouco explorada, e quando o é, faz-se de maneira corporativa para demarcar limites e territórios de domínio de cada grupo e não visando ao trabalho coletivo com centralidade no usuário que deveria marcar uma atenção a saúde que se orienta pelo cuidado.

Cuidado é construção coletiva. É práxis responsável de cidadãos morais – usuários e trabalhadores – engajados num projeto comum de cuidado.

Referências

- ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. Aparecida: Idéias e Letras, 2007.
- CORREIA, F. A. *A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.
- CORTINA, A. *Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania*. São Paulo: Loyola, 2005.
- _____. *Ética de la razón cordial*. Asturias: Nobel, 2007.
- _____. *Los ciudadanos como protagonistas*. Barcelona: Galáxia Guttemberg, 1999.
- DURAND, G. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola, 2003.
- FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. Questões preliminares. Ética, moral e bioética. In: _____ (eds). *Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. São Paulo: Loyola, 2005. p. 23-82.
- FREIRE, P. *A pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- GARRAFA, V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1995.
- GILLIGAN, C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- GRACIA, D. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela, 2004.
- JUNGER, J. R. Bioética e os paradigmas de justice e do cuidado. In: _____ (Ed.). *Bioética: hermenêutica e casuística*. São Paulo: Loyola, 2006. p. 73-102.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- NUNES, L. Tríptico teórico: justiça, poder e responsabilidade. In: _____. (Ed.). *Justiça, poder e responsabilidade: articulações e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2006. p. 7-336.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- POTTER, V. R. *Global bioethics. Building on the Leopold legacy*. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.
- SCHRAMM, F. R.; ANJOS, M. F.; ZOBOLI, E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. (Eds.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. Aparecida: Idéias e Letras, 2007.
- SELLETI, J. C.; GARRAFA, V. *As raízes cristãs da autonomia*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- SIQUEIRA, J. E. *Ética e tecnociência: uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas*. Londrina: UEL, 1998.

Elma Zoboli

TONG, R. The ethics of care: a feminist virtue ethics of care for healthcare practioners. *Journal of Medicine and Philosophy*, n. 23, p. 131-152, 1998.

ZOBOLI, E. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. (Eds). *Ética e bioética*. desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole, 2006.

ZOBOLI, E.; PEGORARO, P. B. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. *O mundo da saúde*, v. 31, n. 2, p. 214-224, 2007.

Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores

FELIPE DUTRA ASENSI

Introdução

No cenário contemporâneo, a discussão sobre a efetivação de direitos e, em especial, do direito à saúde, tem sido realizada na órbita da relação entre Estado e sociedade e, pela outra via, da relação entre instituições jurídicas e sociedade. Os avanços no sentido não somente da compreensão dos principais desafios na efetivação de direitos, mas também na própria concepção sócio-jurídica dos limites e possibilidades de sua realização, têm sido objeto de algumas pesquisas no início deste século¹ O “amadurecimento” da Constituição Federal de 1988 – associado às sucessivas emendas constitucionais² – nos indica, parafraseando Habermas (1992), que *algo está mudando no horizonte do direito*. Mas ao tratar de mudanças, devemos entender em que sentido elas operam *no direito*, ou *pelo direito*, de acordo com a proposta de Friedman e Ladinsky (1980) e, simultaneamente, em que sentido elas operam no *conteúdo valorativo do direito*, ou apenas em sua *estrutura formal*.

¹ Dentre as pesquisas, se destaca o “Estudo multicêntrico sobre o direito à saúde: as relações entre espaços públicos, sociedade e Ministério Público”, cuja coordenação é de Roseni Pinheiro. Tal pesquisa foi realizada em cinco localidades do Brasil (Belo Horizonte, Aracaju, Rio de Janeiro, Pirai e Porto Alegre) nos anos de 2005 e 2006. Trata-se de estudo multicêntrico por meio de uma abordagem sociopolítica, cujas técnicas de pesquisa qualitativas consistiram em entrevistas com roteiros semi-estruturados, observação do cotidiano e análise de documentos institucionais. Mais informações em: www.lappis.org.br.

² Atualmente, constam mais de 50 emendas constitucionais em pouco menos de 20 anos de vigência da Constituição.

De fato, o tema da mudança apresenta um potencial de discussão variado. Tratar da relação entre mudança e direito tem sido uma *démarche* de diversos campos, que engloba vertentes associadas à Sociologia, Ciência Política, Saúde Coletiva e, até mesmo, às Ciências Naturais e Exatas. O que significa *mudança* e a *forma de sua operacionalização* encontra uma tensão quando pensamos este processo no âmbito do direito que, tradicionalmente, opera em termos binários de “sim” e “não”, “certo” e “errado”, “melhor” e “pior”, etc. Ao pensarmos em direito à saúde, por exemplo, não bastaria mais reconhecer sua *topografia jurídica* na Constituição. Em virtude de seu caráter histórico de reivindicações, admite-se que a construção do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir o seu sentido. Não se trata mais de se *ter* o direito, mas de *exercê-lo*. Por isso, o referencial não seria mais o *texto*, mas a *ação concreta*, que permite uma reflexão sobre o *direito vivo em ato* (ASENSI; FRANÇA; PINHEIRO, 2007).

O esforço de sistematização dos elementos que compõem um *sentido do direito*, então, auxilia na compreensão de seus limites e possibilidades de efetivação. É comum haver juristas que tratam os direitos em termos de “definições”, e não de “sentidos”. A idéia de “sentidos” permite extrapolar a rigidez que pode advir da “definição”, tipicamente usada no âmbito das regras positivadas. Os princípios – dentre eles, a integralidade – receberam destaque no campo do Direito justamente pelo seu caráter polissêmico, multifacetado e aberto. Seria por meio dessa polissemia que os contextos sociais definiriam os sentidos para dimensões como “igualdade”, “dignidade”, “liberdade”, etc. Definir princípios, portanto, significa negar seu potencial emancipador, dinâmico e fortemente relacionado ao caráter social de sua produção. Por isso, a concepção de Reale (2003), em sua *teoria tridimensional do direito*, oferece uma sistematização de alguns sentidos que poderiam ser atribuídos ao “direito”, servindo, nesta ocasião, como ponto de partida de discussão. Reale sustenta que o direito deve ser analisado enquanto uma *experiência de vida* e, por isso, envolve três dimensões históricas: fato, valor e norma. Por isso, “é preciso tomar estas palavras significando, respectivamente, os momentos de referência ‘fática’, ‘axiológica’ e ‘lógica’ que marcam o

‘*processus*’ da experiência jurídica” (REALE, 2003, p. 103-104), superando a perspectiva positivista que associa todo direito à norma jurídica escrita estatal. Enfatizar a *dimensão fática* implica uma postura pragmatista que considere a realidade social como *laboratório empírico* do pesquisador social, ao passo que a ênfase na *dimensão axiológica* remete à dimensão cultural que o direito adquire a partir da experiência concreta dos atores em suas relações sociais.

Neste texto, o objetivo consiste justamente em pensar a dimensão axiológica dos direitos e, em especial, do direito à saúde. Desde já, cabe salientar que não é objetivo aqui desconsiderar sua dimensão *fática* ou *lógica*, mas compreender de forma privilegiada em que sentido o direito como valor atua não somente como uma *experiência jurídica*, mas também como *limite de ação estatal* e, simultaneamente, como *parâmetro de construção* e *reivindicação de direitos*. Para tal, o primeiro passo consiste em discutir a natureza do direito como um *valor*. Utilizando um conceito do campo da sociologia das profissões (COELHO, 1999; FREIDSON, 1986), podemos admitir o *valor* como um “*folk concept*”, ou seja, como uma categoria que, em virtude de sua indefinição semântica, só recebe sentido e, por isso, só é passível de compreensão a partir dos sentidos específicos atribuídos por sociedades concretas no cotidiano de suas relações sociais. Assim sendo, os valores englobam fundamentalmente uma dimensão cultural.

Como, então, pensar o direito como valor no campo da saúde? A produção científica da Saúde Coletiva tem-se ocupado deste tema, direta ou indiretamente, e as reflexões sobre o princípio da integralidade se configuram elucidativas do debate. Em verdade, a peculiaridade do direito à saúde e de seus princípios enseja uma tripla caracterização: a saúde como um direito *individual* (pois é pertencente a cada indivíduo), *social* (pois diz respeito à esfera pública) e de *participação* (pois pressupõe a participação popular), cujo conjunto das três dimensões remete à idéia de saúde como um *direito de cidadania* (ASENSI, 2007). Por isso, a dimensão das práticas sociais é fundamental na compreensão desse direito, uma vez que este reconfigura a relação entre *práticas eficazes*, de um lado, e *modelos ideais*, de outro (PINHEIRO; LUZ, 2003). Admitindo tal assertiva, é preciso não somente refletir sobre o direito como valor, mas também os valores que permeiam o direito como “*folk concepts*”.

A aproximação com o campo da arte, apesar de aparentemente incomum, nos oferece um potencial heurístico relevante. Compreende-se que o campo da arte auxilia na compreensão do campo do Direito em sua relação com os valores, desde já admitindo que a tarefa de compreensão não se restringe somente ao direito enquanto *experiência jurídica*, mas também enquanto *instituições jurídicas* situadas no tempo e espaço que, “mais que simples reprodução do Estado (aparelho), são contraditórias e funcionam como campo de luta” (LUZ, 2000, p. 305). No próximo tópico, será realizada uma reflexão sobre a relação entre direito, arte e integralidade. Em seguida, será realizado um debate sobre desafios presentes na efetivação do direito à saúde tanto no âmbito da sociedade civil quanto das instituições jurídicas e do Estado.

Reflexões sobre arte, direito e integralidade

a) Arte e direito

A análise que visa a relacionar o campo da arte com o campo do Direito deve, necessariamente, refletir sobre a representação que ambos os campos realizam sobre a realidade social. De fato, tanto a arte quanto o direito realizam representações, interpretações, leituras e modulações da realidade empírica, o que implica redefinir o que se apresenta no plano do real a partir de suas próprias categorizações, sejam elas de ordem epistemológica, ontológica ou simbólica. A proposta, aqui, consiste tão somente em refletir sobre tais representações, ou seja, discutir em que medida o real é inserido em certas *molduras* a partir do momento em que é lido por esses campos, sem qualquer pretensão de, por meio de uma via determinística, afirmar que há uma relação necessária entre ambos, mas pontuar determinados processos comuns a eles que permitem pensar a construção e efetivação do direito à saúde. Por essa razão, a obra de Simmel merece atenção. Em sua análise sobre a estética da obra de arte, Simmel apresenta o seguinte argumento:³

As modernas teorias da arte indicam assertivamente que a destinação específica da pintura e da escultura consiste em representar a configuração das coisas no espaço. Isto, com efeito, poderia induzir com

³ Todos os textos em idioma estrangeiro foram traduzidos pelo próprio autor.

facilidade a esquecer que o espaço limitado pela representação pictórica é algo totalmente distinto do real, do vivido por nós. Enquanto que é possível tocar o objeto, um quadro pode apenas ser contemplado. Enquanto que um fragmento do espaço real é percebido como parte do infinito, o espaço do quadro é como um mundo fechado em si mesmo. Enquanto que o objeto real se constitui em interação com tudo o que se move e está fixo em torno dele, o conteúdo da obra de arte se secciona em linhas e funde-se em seus próprios elementos e, exclusivamente neles, em uma unidade auto-suficiente. A obra de arte, em suma, vive uma existência além da realidade. Com as visões da realidade, é desta que as obras de arte extraem seu conteúdo e constroem seu império soberano (SIMMEL, 1988, p. 109).

Simmel, em sua reflexão sobre arte, toma como argumento central a tensão que se estabelece entre uma obra e a realidade à qual ela remete ou, mais precisamente, a tensão entre a representação pictórica (*dever ser*) e a dimensão ontológica da realidade (*ser*). A tese consiste no argumento de que a obra de arte produz um quádruplo processo: a) uma ausência de identidade necessária entre a realidade e o que a obra representa; b) o caráter contemplativo de uma obra e, por isso, não passível de modificação por parte de observador; c) a produção de um “mundo fechado em si mesmo”, por meio do qual a infinitude do real recebe uma significação arbitrária (o que não quer dizer aleatória); d) a não-necessidade de se buscar uma justificação da obra a não ser em seu próprio conjunto, o que remete a um elemento autopoietico de sua representação, que se cria e recria em seus próprios termos; e) o movimento que a obra de arte faz quando, ao eleger determinados aspectos do real em detrimento de outros, exerce um “poder imperial” sobre a ontologia social. Deste modo, não é possível estabelecer uma *forma pura* que signifique uma “mera relação entre linhas, superfícies e cores, pois devido ao peculiar contexto espiritual-sensível que nos é próprio, esse gozo [da pureza] se vincula a uma determinada quantidade de tais formas” (SIMMEL, 1988, p. 125). Quando se pensa no campo tradicional do direito, a arte nos oferece a capacidade analítica não somente de pensar a relação entre direito e realidade, mas também de refletir sobre seus limites de atuação na garantia de direitos.

De fato, os cinco processos descritos acima não são estranhos ao campo do Direito, estando associados ao que Bourdieu (2000) chama

de *retradução*, vale dizer: ao tentar explicar os fatos sociais sob o prisma de categorias predeterminadas, a lógica jurídica faz com que esses fatos percam a sua especificidade e originalidade. Em outras palavras, ao tentar *encaixar* fenômenos complexos em molduras rígidas, o direito desconsidera as peculiaridades. Assim, não se considera o contexto de produção da norma ou as relações de força que se estabelecem em seu interior e perpassam toda a sua confecção. Essa lógica insere fenômenos sociais complexos em contextos de “sim” e “não”, “certo” e “errado”, sem levar em conta as gradações, os liames, os interstícios, a complexidade (FRAGALE FILHO; ASENSI; RASKOVISCH, 2007). Porém, uma análise que se limita a pensar somente na relação entre o campo e a realidade poderia ser insuficiente. Talvez seja conveniente também considerar a natureza desse real que é apropriado pela arte e pelo direito, bem como pensar nas implicações de se estabelecer uma *moldura* no momento em que se representa esse real.

Simmel, em sua análise sobre a obra de arte, sustenta que há uma diferença substancial entre a representação pictórica da *figura humana* e a representação pictórica da *figura dos Alpes*. Segundo Simmel, “o homem – e somente ele, pois não conhecemos tão profundamente nenhum outro ser – é, assim, suscetível de representação artística sem maiores problemas, tanto como colosso quanto em miniatura” (SIMMEL, 1988, p. 125-126), na medida em que ele é reconhecível em sua totalidade do ponto de vista estético. O homem estético é o homem da finitude e, portanto, qualquer representação que se faça é passível de reconhecê-lo em totalidade. Porém, quando se busca representar o real (metaforicamente associado aos Alpes), o elemento da finitude dá espaço ao elemento do caos. Simmel observa que os Alpes parecem não se submeterem às mesmas representações da figura humana: “nenhuma das imagens pictóricas que os representam consegue proporcionar a impressão de massa colossal e enorme que provocam os próprios Alpes” (SIMMEL, 1988, p. 126). O real, o caótico, sempre quando representado, seja pela arte, seja pelo direito, recebe uma significação em *molduras preestabelecidas* cujo atributo principal é a seletividade, ou seja, selecionam-se certos aspectos, dimensões e elementos do real que serão privilegiados na representação em detrimento de outros. Por isso,

Os Alpes sugerem por uma parte o caos, produzem o efeito de uma massa informe que só adquiriu um perfil próprio de maneira acidental, sem obedecer a um sentido inscrito nela mesma; parece como se aqui se rompesse com sua grandeza o segredo da matéria, aquele que se capta mais com uma observação da configuração das montanhas do que com qualquer outra paisagem (SIMMEL, 1988, p. 127).

Uma vez que o real é passível de receber múltiplas significações a partir da combinação de seus diversos elementos no *ato de representação*, a questão da “moldura” que se estabelece e divide o *ser* do *dever ser* ganha relevo. Ao tratarmos do direito como moldura, por exemplo, temos que admitir em que sentido o direito estabelece uma representação *finita* do *real caótico* ou, mais precisamente, que aspectos do real recebem o *status* de *valor jurídico*. Por essa razão, o tema da “moldura” não é ingênuo, na medida em que atua como parâmetro para a configuração do conteúdo dos direitos, bem como dos mecanismos processuais e extraprocessuais de sua efetivação enquanto *valores jurídicos do real*. A analogia com a arte recebe destaque mais uma vez: Simmel observa que representações pictóricas em quadros pequenos ensejam a utilização de molduras maiores, de forma a compensar a pequenez do quadro com um arcabouço estrutural que lhe confira relevância. No âmbito dos quadros maiores, Simmel observa que a relação se inverte. Cabe dizer: utiliza-se uma moldura reduzida, na medida em que sua grandeza não é acompanhada de um arcabouço robusto. Se a realidade é a configuração ontológica dos “Alpes” – ou seja, o seu *ser* – o direito representa a moldura por meio da qual se representa essa realidade –ou seja, o *dever ser*.

Essa diferenciação nos auxilia a pensar, por exemplo, o desafio presente no Brasil na efetivação de direitos sociais e coletivos. Realizando uma análise cuidadosa, observamos que os direitos civis e políticos, que consistem em direitos liberais individuais, recebem um arcabouço jurídico-institucional (moldura) maior de modo a proteger seu pequeno núcleo (quadro) que, tradicionalmente, é intangível pelo Estado. Mais propriamente, o pequeno núcleo constituído por direitos civis e políticos tem ampla possibilidade de garantia no seu exercício, provendo seus titulares de mecanismos processuais e extraprocessuais. São diversos os instrumentos a serem adotados, dentre os quais se destaca o mandado de segurança, *habeas corpus*,

habeas data, ações civis, etc. Admite-se assim, como limite do Estado, qualquer ofensa a tais direitos, constituindo-se como impensável, por exemplo, a restrição do direito ao voto, a limitação do direito de propriedade ou o impedimento da liberdade de locomoção. São, então, *quadros pequenos*, porque individuais, *com molduras grandes*, porque solidificadas no plano jurídico-institucional.

Quando se pensa nos direitos sociais e coletivos, ou seja, naqueles direitos que remetem não a indivíduos isolados, mas a uma coletividade, a relação entre quadro e moldura se altera. Temos uma ampliação do tamanho do quadro, uma vez que os direitos sociais e coletivos dizem respeito a uma pluralidade de cidadãos e consistem em direitos de diversas naturezas (saúde, moradia, trabalho, educação, esporte, cultura, meio ambiente, etc.); porém, temos uma redução do arcabouço jurídico-institucional de sua garantia e efetivação. Não é possível, por exemplo, impetrar mandado de segurança para que o Estado invista mais em saúde ou pleitear, no âmbito do Judiciário, maior disponibilidade de empregos. Uma vez que se constituem como *direitos prestacionais*, ou seja, direitos que ensejam de alguma forma a atuação do Estado mediante políticas públicas, o elemento da discricionariedade do Estado em privilegiar determinados direitos em detrimento de outros reduz a sua *moldura* de garantia. Basta observar, por exemplo, a tramitação, há anos, do Projeto de Código de Processo Civil Coletivo no Congresso Nacional, sem qualquer precisão de aprovação. São, então, *quadros grandes*, porque coletivos, porém com *molduras pequenas*, porque seus mecanismos de efetivação são reduzidos.

Neste sentido, ao pensarmos o direito como valor, devemos refletir criticamente sobre três aspectos: a) que o direito realiza uma seleção arbitrária dos valores sociais que receberão o *status* de valor jurídico; b) que os mecanismos de efetivação de direitos variam de acordo com a natureza desses direitos; c) que as instituições jurídicas exercem papel fundamental no reconhecimento dos valores e da extensão dos mecanismos de garantia. Por isso, como inserir valores em *contextos de moldura*, uma vez que os valores são construídos socialmente e a representação do real é arbitrária? A chave é o termo *polissemia*, e o meio de reflexão é o *princípio da integralidade*.

b) Integralidade nas ações em saúde

O direito se constituiu historicamente como campo de saber enfatizando um movimento de autonomização em relação a outros campos. Como foi visto, a lógica do direito é uma lógica binária, que pensa em categorias que não admitem anomalias, meios-termos e desvios. Não admite, portanto, gradações ou hibridismos, na medida em que tudo tem um fundamento lógico-sistemático por meio de um sistema de racional de explicações. Por essa razão, a ênfase na definição das coisas é um elemento indissociável do direito moderno.

Os princípios constitucionais – como a integralidade – dizem respeito a valores que permeiam a sociedade e são cristalizados como normas jurídicas em *contextos de moldura*. No caso da Constituição, observamos a presença de regras e princípios, sendo que as primeiras se caracterizam pela sua precisão, visto que são escritas, e os segundos apresentam um verdadeiro potencial emancipador. Os princípios se consolidaram no âmbito do direito a partir da constatação de que regras escritas ou positivadas não davam conta da complexidade do mundo social, sendo preciso elementos dinâmicos de hermenêutica e integração que espelhassem o sentido que os atores de determinada comunidade dão às suas ações *in concreto*. A emergência dos princípios ocorre na razão direta da necessidade de se considerar as peculiaridades não alcançáveis pelas regras escritas, constituindo-se como um mecanismo que indica os verdadeiros valores presentes em determinada sociedade. Tal perspectiva, que enfatiza o caráter aberto e polissêmico do princípio, problematiza a necessidade de definições historicamente consolidadas no campo do Direito. De fato, os princípios se configuram como elementos valorativos que são reinterpretados a todo momento a partir das práticas sociais. Uma afirmação aos princípios, antes de tudo, é uma afirmação ao diálogo e uma abertura à escuta, às peculiaridades, e não a uma universalidade alcançada por meio de uma definição conceitual. Definir princípios tende a sufocar seu potencial polissêmico e, por isso, sufoca a possibilidade de criação de novos direitos.

Partindo da análise de Mattos (2001), podemos sustentar que o direito à saúde apresenta-se como base para diversos sentidos da integralidade enquanto princípio constitucional, tais como: a) expressão de “um atributo das boas práticas de saúde”; b) expressão de

“um modo de organizar os serviços”; c) expressão de “um atributo das políticas de saúde específicas”. Nesta direção, a integralidade emerge como eixo estruturante na defesa do direito à saúde, ao delinear propostas de mudanças das práticas no cotidiano dos serviços (MACHADO, 2006). É justamente nesse sentido que “encontramos os nexos constituintes das práticas de integralidade, pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vezes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania” (PINHEIRO; GUIZARDI; MACHADO, 2005, p. 20). Nesta linha, direito à saúde e integralidade formam um todo indivisível, na medida em que a garantia de um depende da existência do outro. Nesta perspectiva, a integralidade é pensada enquanto um

princípio educativo, no qual a interação democrática de espaços públicos de participação e controle social – conselhos e MP – aumenta a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população, além de produzir aprendizado institucional aos dois campos de exercício da cidadania: o direito e a saúde. (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 60-61).

Por essa razão, não se deve buscar um conceito específico de integralidade, mas sim alguns sentidos que se referem a práticas integrais. Mais propriamente, a integralidade se constitui como um processo de construção social, pois apresenta um potencial de horizontalização das relações entre os atores envolvidos no campo da saúde. Deste modo, o princípio de integralidade pode ser empregado como uma proposta de transformação da prática da política de saúde e redefinição de valores sociais, pois “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61).

Desta forma, as implicações da integralidade nas ações do Ministério Público (MP), por exemplo, são visíveis ao identificarmos o rompimento deste ator com uma visão meramente legalista dos direitos. Analisando a atuação do MP em algumas localidades, observa-se que a interpretação do direito à saúde não se reduz apenas aos conteúdos do campo do Direito, mas inclui conteúdos da gestão em saúde e da participação da sociedade civil. De acordo com o *Manual de Atuação do MPF* (2005), a integralidade abrange necessariamente o tratamento

completo e eficaz para todos os agravos em saúde, constituindo-se como próprio *objeto* do direito à saúde. Por isso, a indeterminação do conceito de integralidade auxilia na construção das novas demandas. A interlocução cada vez maior entre a sociedade civil e a gestão nesse *espaço de diálogo e encontro* propiciado pelo MP constitui um avanço substancial na compreensão das formas de solução de conflitos, fundando um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático (ASENSI, 2007; ASENSI; PINHEIRO, 2006a; MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Segundo Elias,

A exigência dessa nova consciência sanitária universalista e cidadã torna-se indispensável para que o projeto de mudança na saúde, com o pleno desenvolvimento do SUS, aconteça ancorado em bases sociais sólidas e não em imposição do Estado por meio de estratos políticos e ou de técnicos iluminados, encastelados no aparelho de Estado. A nova consciência sanitária será o elemento de fortalecimento da relação Estado/sociedade renovada e em prol da efetivação da saúde como direito universal [...]. Ao contrário do ideário vigente em algumas instâncias decisórias do governo, o projeto “mudancista” passa também por uma regulação de caráter setorial [...] que, ao englobar o conflito, seja também capaz de afirmar o interesse geral sobre o particular em prol da eficácia social da ação estatal. (ELIAS, 2004, s/p).

Ao se propor o princípio da integralidade como meio para a compreensão polissêmica de valores sociais inseridos no campo do Direito a partir de *contextos de moldura*, a reflexão crítica se concentrou nos âmbitos: a) a seleção arbitrária dos valores que recebem status jurídico; b) a variação dos mecanismos de efetivação de direitos; c) o papel das instituições jurídicas. De fato, a posição meramente topográfica desse princípio na Constituição não representa sua relevância nesses três processos, uma vez que se configura como um caminho promissor na reorganização das estratégias de luta na sociedade civil e das instituições jurídicas para a garantia do direito à saúde.

A integralidade surge, então, concomitantemente, como: a) critério axiológico na configuração dos valores sociais a receberem valorização jurídica; b) critério de ampliação dos mecanismos de efetivação de direitos e, por isso, da *moldura* que efetiva o *quadro* dos direitos sociais e coletivos; c) critério de atuação das instituições jurídicas na garantia e efetivação de direitos. Deste modo, para além

daquela integralidade referente à garantia de oferta de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, conforme as necessidades de cada caso, nos vários âmbitos de complexidade do sistema de saúde, temos uma *integralidade em ação*, que apresenta movimentos societários, sinérgicos – embora contraditórios e complexos – os quais exigem uma relação dialógica permanente dos atores, de modo a influir na produção do cuidado em saúde e efetivar os direitos de forma participativa, com vistas à justiça e à igualdade concreta (ASENSI; PINHEIRO, 2006b). A integralidade constitui-se, portanto, como um *princípio* e *elemento constituinte* do direito à saúde, pressupondo que atores não-estatais devam participar do processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas de saúde, em parceria com as instituições dinâmicas presentes no mundo jurídico.

Desafios para o direito à saúde como um valor: à guisa de conclusões

Ao refletir sobre a dimensão axiológica dos direitos e, em especial, do direito à saúde e sobre a relação que se estabelece entre *quadro* e *moldura* – ou seja, entre o conteúdo do real representado juridicamente e seus arcabouços de efetivação e garantia –, a intenção consistiu justamente em promover uma problematização do *hiato* existente entre os direitos sociais e coletivos e seus mecanismos de efetivação. A analogia com as artes não foi aleatória, uma vez que permite pensar tanto a relação entre valores jurídicos e valores sociais, quanto a relação entre direito e realidade social. A partir daí, a análise do princípio da integralidade como elemento integrador e redutor dessas assimetrias se tornou fundamental, ao admitir que este princípio encerra um caráter polissêmico que permite conferir conteúdo ao *quadro* a partir das práticas sociais e, simultaneamente, enriquecer os instrumentos de ampliação da *moldura*. Porém, ao analisarmos as características próprias do campo do Direito, observamos que há uma sobrevalorização de seu fechamento à multidisciplinaridade e à mútua influência de outros campos. Isso nos leva a pensar a *moldura* que rodeia o *quadro* de direitos como uma moldura hermética, avessa a outros campos e, por isso, autopoietica, vale dizer: os mecanismos de efetivação e garantia dos direitos sendo legitimados a partir da sua vinculação ao próprio campo do Direito por meio de um processo legislativo democraticamente

constituído, reduzindo a relevância que cada vez mais vem adquirindo, principalmente na saúde, a participação social.⁴

Realizando uma breve análise da constituição social do Brasil, podemos observar alguns desafios presentes na *mudança da moldura hermeticamente fechada* no sentido de uma *moldura democraticamente constituída por critérios participativos*. Por isso, é importante pensar quais são as características de nossa formação, e em que medida podemos pensar os desafios atuais da saúde a partir de nossa formação sociológica. O tema da cultura cívica ganha então relevo a partir da crítica realizada por Tavares Bastos (1975) no século XX. O autor admite ser preciso um incremento da própria cultura cívica e política dos cidadãos, algo que, segundo sua análise, é um desafio. Nesta linha, Werneck-Vianna, em sua análise sobre Bastos, sustenta que seu pensamento leva “ao reconhecimento de que sobre a base da sociedade civil herdada da colônia não há obra de americanização possível, que deve ser concebida como fruto da ação iluminada do Estado em nome da busca da boa sociedade e das exigências civilizatórias” (WERNECK-VIANNA, 1997, p. 141).

Todo esse processo nos conduz a pensar que somente a partir do centro se organizaria a sociedade brasileira, tendo em vista tanto a (in)cultura cívica e política de sua população quanto à própria correlação de forças em torno da corte imperial e, posteriormente, da República. O Estado passa a ser o *locus* de movimento e a sociedade passa a ser o *locus* da passividade – ou, mais especificamente, o governo passa a ser visto pelos indivíduos mais como um “pai” do que como uma negatividade, tal qual a perspectiva liberal-clássica concebeu.

Exemplo disso é a análise de Justiniano José da Rocha, a respeito do período de reação (momento posterior à ação e anterior à transação), para o qual a influência da localidade desapareceu: “tudo partiu do governo, tudo ao governo se ligou, o governo foi tudo, e

⁴ Um exame ligeiro de alguns livros de Direito Constitucional, por exemplo, nos revela que o termo “democracia participativa” é associado às práticas de plebiscito e referendo, sem qualquer menção às práticas perenes de participação em espaços públicos. De fato, a visão de “participação” no campo do Direito se reduz à delegação do Poder Legislativo, para que os indivíduos *decidam* (não se trata de formulação nem de fiscalização), por meio de plebiscito ou referendo, alguma questão. No caso da saúde especificamente, o exame dos capítulos referentes ao tema ignora qualquer referência aos Conselhos de Saúde, por exemplo.

tanto que hoje não há Brasileiro que mil vezes por dia não manifeste a convicção de que a sociedade está inerte e morta, de que só o governo vive” (ROCHA, 1956, p. 212). Também Alberto Torres assume tal perspectiva, ao enfatizar que as democracias modernas, em verdade, “são negações da autoridade dinástica: não são organizações da sociedade livre” (TORRES, 1982, p. XII).

Talvez seja nos momentos em que mais o Estado interveio que a sociedade mais se movimentou, não porque houve um processo social endógeno de mobilização, mas porque o movimento foi desencadeado a partir do próprio Estado, ou tendo como referencial o Estado “numa nação inerte e passiva” (FAORO, 1994, p. 30), como é o caso de um plebiscito ou referendo. Euclides da Cunha, em certo sentido, traz o relato dessa mobilização a partir do Estado, ao analisar a chegada da família real ao Brasil, que possibilitou que, pelos mais diversos pontos do país, se irradiasse “a influência governamental com uma intensidade que nunca mais se desenvolveu em toda a nossa existência” (CUNHA, 2006, p. 157).

A organização político-administrativa que se desenvolveu nos séculos posteriores nos mostra que os “os vários grupos que buscavam em modelos republicanos uma saída para a monarquia acabavam dando ênfase ao Estado, mesmo os que partiam de premissas liberais. Levava a isto, em parte, a longa tradição estatista do País” (CARVALHO, 1998, p. 96), inclusive no âmbito da saúde (LUZ, 1991). Temas como “vontade geral”, “participação e espaços públicos” e “democracia” só fariam sentido se inseridos numa lógica que tomasse o Estado como, não somente o centro, mas também o principal organizador do exercício da cidadania.

De fato, a inserção dos indivíduos “na política se dava mais pela porta do Estado do que pela afirmação dos direitos do cidadão. Era uma inserção que se chamaria com maior precisão de *estadania*” (CARVALHO, 1998, p. 96-97). O termo *estadania*, inaugurado por Carvalho, tem considerável potencial semântico e explicativo desse traço característico da cultura cívica brasileira, que é marcada muito mais pela passividade da sociedade civil do que por sua forte atuação na efetivação, construção e garantia de direitos. Ao analisar o Estado Novo, Francisco Campos enfatiza a presença dessa perspectiva, ao sustentar que “não há hoje um povo que não clame por um César”

(CAMPOS, 1940, p. 24), problematizando a idéia de uma sociedade civil emancipada e efetivamente ativa na construção de direitos. Isso, na análise de Souza (2006), seria a chave para se pensar a constituição de um “*habitus* precário” característico de sociedades periféricas.

A própria idéia de *constituição dirigente*, amplamente consagrada no campo do Direito e, em certa medida, discutida no campo da Saúde Coletiva, nos aponta para essa presença do Estado no âmbito da definição de direitos. Segundo seu formulador, Canotilho, o caráter dirigente da constituição remete ao núcleo essencial do “que deve (e pode) uma constituição ordenar aos órgãos legiferantes e o que deve (como e quando deve) fazer o legislador para cumprir, de forma regular, adequada e oportuna, as imposições constitucionais” (CANOTILHO, 1994, p. 11). Por isso, não supera o caráter estatizante da *moldura*, uma vez que desconsidera a participação em espaços públicos como forma legítima e democrática de criação, efetivação e garantia de direitos. De fato, a efetivação do direito à saúde, seja sob o ponto de vista material (quadro), seja sob o ponto de vista formal (moldura), requer a superação da idéia de *legisladores-dirigentes*, tradicionalmente constituída, para a idéia de *cidadãos-dirigentes*, “na medida em que é a sociedade que vivencia o cotidiano das instituições de saúde e, portanto, conhece suas mazelas e desafios” (ASENSI, 2007, p. 6-7).

No Brasil, o arranjo institucional na saúde tem possibilitado um debate sobre a necessidade de atuação conjunta da esfera social, jurídica e política. A saúde prima pela participação para que, por meio da ação política, se realize o interesse público. A ação política é entendida muito mais como uma regra de sociabilidade do que como uma forma de se chegar ou se manter no poder. Porém, os avanços jurídico-institucionais realizados no campo da saúde nas últimas décadas, de certa forma, ainda não foram plenamente incorporados como direitos pelos usuários do SUS, o que denota que o imaginário social de uma saúde como dádiva do Estado, que foi constituído historicamente, de fato ainda persiste (em maior ou menor grau) como elemento associado à concepção de saúde, contribuindo para o aumento da passividade e para a manutenção do papel pouco propositivo exercido por esses atores (FRANÇA; ASENSI; PINHEIRO, 2007).

Outro desafio presente em nossa constituição sociológica diz respeito à *precedência da idéia sobre os fatos*. Tal precedência indica que

há certa “insensibilidade” às peculiaridades de nossa sociedade, o que implica uma visão hermética dela calcada na perspectiva do todo, desconsiderando as especificidades regionais, locais, etc. Isso se manifesta principalmente no plano sociopolítico, uma vez que, aqui, “o ideal precedeu o material; o signo, as coisas; o traçado geométrico do plano, as nossas cidades; e a vontade política de explorar, o sistema produtivo” (WERNECK-VIANNA, 1997, p. 126). Diversos autores apontam esse traço característico em nossa sociedade, ao enfatizarem que, primeiro, germinaram as idéias, e somente depois surgiram os fatos e realidades (FAORO, 1994, p. 45).

A própria crítica que Nestor Duarte (1939) realiza é no sentido de que, na sociedade brasileira, sempre se procura adaptar os fatos às leis, e não o inverso. Uruguai (2002), Euclides da Cunha (2006) e Alberto Torres (1982), refletindo sobre o plano político e compartilhando da perspectiva, também sustentam que, antes de sermos “filhos” de nossa sociedade, somos “filhos” de uma teoria política. Isso corrobora a idéia de que a nossa formação sociológica é construída a partir de exterioridades, e não a partir de práticas sociais desenvolvidas em seu interior de forma endógena, conforme a sociedade americana analisada por Tocqueville (1977). Seríamos uma sociedade construída a partir de caracteres que nos são externos, tipicamente europeus, o que promoveu uma desconsideração de nossas especificidades, principalmente na dimensão político-social. Portanto, como é possível pensar a construção de valores *de baixo para cima*? Como vimos, a integralidade oferece alternativas a esta questão, uma vez que preconiza que as ações devem ser pautadas nas práticas, e não nos modelos ideais (PINHEIRO; LUZ, 2003).

No tocante às instituições jurídicas, o desafio consiste em vê-las não como portadoras de valores, ou como intérpretes dos valores construídos espontaneamente a partir das práticas sociais, mas como co-participantes do processo de construção de valores comuns. O MP, no Brasil, desempenha função fundamental para a continuidade da democracia: pelo fato de não estar vinculado a nenhum Poder, o Ministério Público se apresenta não somente como defensor da lei, mas também como defensor *da* sociedade. Neste sentido, as ações do Ministério Público só se justificam na medida em que espelham anseios sociais pela concretização de direitos. Um Ministério Público forte e

eficaz se constrói quando está em plena consonância com o que se espera dele socialmente. Portanto, é imprescindível que seus mecanismos de atuação dêem respostas e ao mesmo tempo solucionem problemas (ASENSI; FRANÇA; PINHEIRO, 2007).

Entretanto, por vezes a lógica jurídica delimita e reduz as possibilidades de garantia do direito à saúde, as quais podem ser implementadas a partir das dinâmicas societárias desenvolvidas no interior de contextos específicos, principalmente por meio do protagonismo do MP. Deve-se, então, reconhecer que as formas não são por si só efetivadoras de direitos. São os cidadãos – e não os textos – que constroem a legalidade e a legitimidade. Relativizar quer dizer ponderar se, no caso concreto, é preciso recorrer às formas ou a métodos não-formais que sejam mais próximos da realidade cultural em que os atores estão inseridos e, conseqüentemente, mais eficazes para a garantia de um direito.

No campo do Direito à Saúde, o Ministério Público tem sido um entusiasta dessa recusa ao formalismo, razão pela qual sua atuação tem obtido resultados satisfatórios. Não obstante, essa relativização não se trata de uma opção, mas de uma necessidade construída a partir do embate de saberes e práticas desenvolvidos no interior das instituições jurídicas, que debatem estratégias de efetivação de direitos. Portanto, a atuação extrajudicial representa não somente a expansão das possibilidades de atuação dos atores sociais no processo de construção das políticas de saúde, mas também uma nova forma de sociabilidade, calcada na celeridade e na efetividade da garantia de direitos sociais.

Neste sentido, não basta mais reconhecer o caráter cidadão do direito à saúde. A conquista do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir seu sentido. Por essa razão, o esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, ou seja, o processo de tornar garantias formais efetivamente exercidas pelos atores sociais em seu cotidiano (ASENSI, 2007). Não se trata mais de se *ter* o direito, mas de *exercê-lo*. Por isso, o referencial não seria mais o *texto*, mas a *ação concreta*, que permite uma valorização do *direito vivo em ato* na construção de valores jurídicos substancialmente sociais.

Referências

ASENSI, F. D. *Vivendo direitos como práticas sociais: sociedade civil, Ministério Público e direito à saúde*. (Monografia de Graduação em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. O diálogo como elemento constituinte das ações do Ministério Público: uma análise sobre a eficácia das formas de atuação. In: ENCONTRO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE, 3. *Anais...* Florianópolis, 2006a.

_____. Integralidade e Ministério Público: caminhos para a construção do direito à saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE, 3. *Anais...* Florianópolis, 2006b.

ASENSI, F. D.; FRANÇA, A. M.; PINHEIRO, R. O texto e a ação: uma antropologia do Ministério Público na Saúde. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 7. *Anais...* Porto Alegre, 2007.

BASTOS, A. T. *A província*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

CAMPOS, E. *As profissões imperiais*. Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930). Rio de Janeiro: Record, 1999.

CAMPOS, F. *O Estado Nacional*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1940.

CANOTILHO, J. J. G. *Constituição dirigente e vinculação do legislador*. Coimbra: Coimbra Editora, 1994.

CARVALHO, J. M. Entre a liberdade dos antigos e a dos modernos: a República no Brasil. In: _____. *Pontos e bordados*: escritos de história e política. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

CUNHA, E. *À margem da História*. São Paulo: Martin Claret, 2006.

DUARTE, N. *A ordem privada e a organização social*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1939.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 3, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci_arttext. Acessado em: 22 out. 2007.

FAORO, R. *Existe um pensamento político brasileiro?* São Paulo: Ática, 1994.

FRAGALE FILHO, R.; ASENSI, F. D.; RASKOVISCH, S. P. Pensando o ensino do direito a partir de uma pesquisa: contribuições sob a perspectiva da sociologia jurídica. In: ENCONTRO PREPARATÓRIO DO CONPEDI, 16. *Anais...* Campos, 2007.

FRANÇA, A. M.; ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. A saúde como direito e a saúde como privilégio no âmbito do SUS. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 7. *Anais...* Porto Alegre, 2007.

FREIDSON, E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.

- FRIEDMAN, L.; LADINSKY, J. O direito como instrumento de mudança social incremental. In: SOUTO, C.; FALCÃO, J. (Orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Pioneira, 1980.
- HABERMAS, J. *Postmetaphysical thinking*. Cambridge, MIT Press, 1992.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- _____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-27, 2000.
- MACHADO, F. R. S. *Direito à Saúde, integralidade e participação*: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 47-63.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 39-64.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa da Saúde, 2005
- PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 11-31.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e prática em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 9-36.
- REALE, M. *Teoria tridimensional do direito*. São Paulo: Saraiva, 2003.
- ROCHA, J. J. Ação, reação, transação. In: MAGALHÃES JR., R. *Três panfletários do Segundo Reinado*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1956.
- SIMMEL, G. *Sobre la aventura: ensayos filosoficos*. Barcelona : Península, 1988.
- SOUZA, J. *A construção social da subcidadania*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- TOCQUEVILLE, A. *A democracia na América*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1977.
- TORRES, A. *A organização nacional*. Brasília: UnB, 1982.
- URUGUAI, Visconde do. Ensaio sobre o Direito Administrativo. In: CARVALHO, J. M. (Org.). *Visconde do Uruguai*. São Paulo: Editora 34, 2002.
- WERNECK-VIANNA, L. J. Americanistas e Iberistas: a polêmica e Oliveira Vianna com Tavares Bastos. In: _____. *A revolução passiva*. Iberismo e americanismo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 1997.



PARTE II

Epistemologia da prática



A filosofia empírica da atenção à saúde

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

Este texto é uma reflexão produzida a partir dos trabalhos de pesquisadores de um grupo de pesquisa que vem se estruturando a partir da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que trazem a discussão sobre a produção, difusão e utilização do conhecimento científico para a área de Saúde Coletiva. Em particular, tomam-se os saberes e práticas de atenção à saúde como objeto de estudo, utilizando abordagens interdisciplinares para entender as determinações, limites e possibilidades dos atos profissionais em termos de sua repercussão na saúde de indivíduos e populações.

Aproximamo-nos do marco dos chamados *science studies*, denominação ainda sem tradução consensual para a língua portuguesa, apropriando-nos de seu conhecimento e práticas de investigação para aplicá-las num contexto diverso, não mais da produção de conhecimento, mas das ações de saúde. Entendemos que essa extensão é legítima, tendo em vista que o referencial das práticas de saúde sancionadas pelo Estado e pela sociedade no Ocidente industrializado é precisamente o da ciência. Sendo assim, o exame da produção, circulação e aplicação do conhecimento científico é uma dimensão fundamental para a reflexão sobre tais práticas, em especial no marco da Saúde Coletiva.

Isto possibilita, por um lado, instrumentalizar a discussão sobre as articulações entre várias instituições, como as escolas de formação profissional, as instituições prestadoras de assistência à saúde nos vários âmbitos (público e privado), as instâncias de gestão da saúde

e as indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, na formação do chamado complexo médico-industrial, com importantes repercussões para a compreensão e implementação do planejamento em saúde. Por outro, permite a problematização de diversas estratégias de legitimação social baseadas na presunção de “cientificidade” das práticas assistenciais no marco da chamada biomedicina, abrindo amplas possibilidades de exame crítico de seus pressupostos, das mediações entre vários conhecimentos e a ação concreta, bem como dos objetos teóricos e artefatos técnicos estruturantes do campo.

Uma referência importante para esta discussão é o trabalho de Fine (1996), que ao mesmo tempo critica e apóia as propostas de pesquisa baseadas no chamado “construtivismo social” – num movimento retomado posteriormente por Hacking (1999). Segundo Fine (1996, p. 235):

de fato, parece estar na hora de reconhecer que a idéia de uma teoria geral, explanatória, da confirmação, mostrou-se um caminho sem saída. A variedade de práticas evidenciais parece ter uma “situacionalidade” que a busca filosófica por uma teoria geral obscureceu. Logo, certamente não é um exagero olhar como a “evidência” funciona *in situ*, com a mente aberta, sem demandar que sua operação num lugar qualquer tem que ter um conjunto de características explanatórias relevantes em comum com sua operação em absolutamente qualquer lugar. Também não é um exagero pensar que grupamentos sociais locais e fatores sociais podem de fato determinar em contexto como de fato a evidência funciona, e como ela “compele”.

Esse referencial teórico busca fugir de descrições essencialistas, o que cria um primeiro problema para o próprio desenho do campo que pretendo abordar; na ausência de um ponto arquimedeano (tomando emprestada uma expressão de Putnam), que estabelece *a priori* pontos de partida, como definir o objeto da reflexão que propomos, uma vez que se supõe que ela própria o constrói (ao menos como objeto teórico)?

Uma forma de atender aos requisitos do método é assumir um ponto de partida convencional, a partir do qual se procederá a sucessivas elaborações empíricas e teóricas, eventualmente circulares, no caminho da construção do objeto. Ressalto que a circularidade não é necessariamente viciosa; a possibilidade de tomar definições

esquemáticas e mesmo toscas como ponto de partida e retornar a elas, enriquecendo-as a partir da produção da pesquisa, é um traço constitutivo da ciência.

Essa proposta é coerente com o programa metodológico proposto pelo já citado Fine, que assim o descreve:

Acredito que se nos apegarmos à abordagem pedaço a pedaço da ciência como uma atividade aberta, social, nós podemos confrontar as enganadoras imagens filosóficas da ciência, bem como resgatar as melhores partes do construtivismo. O resultado é um programa para um construtivismo metodológico que é executado como se segue:

1. Colocar entre parênteses a verdade como um conceito explanatório.
2. Reconhecer a abertura da ciência em todos os níveis, especialmente nas atividades pervasivas de escolha e julgamento.
3. Concentrar nas práticas locais sem nenhum pressuposto sobre como elas se ajustam globalmente, ou mesmo se elas de fato se ajustam.
4. Lembrar que a ciência é uma atividade humana, logo seu entendimento envolve quadros referenciais e modalidades para a ação social.
5. Finalmente, baseado em todos os itens acima, tentar entender os fenômenos de formação e dissolução de opinião na ciência em toda sua particularidade. (FINE, 1996, p. 249).

Mutatis mutandis, esse é um procedimento que pode ser aplicado às atividades da atenção à saúde no marco da biomedicina. A expressão “atenção à saúde” designa um conjunto heterogêneo de práticas destinadas a evitar, eliminar ou minorar um tipo de sofrimento considerado por razões sociais, culturais e técnicas como sendo um “problema de saúde”. O exame do que se desdobra a partir dessa proposição preliminar é o propósito deste texto.

Uma primeira questão a considerar é a historicidade desses entrelaçamentos. Os elementos que se articulam na produção da atenção à saúde são igualmente heterogêneos, e representam a configuração no presente e em locais específicos, de desenvolvimentos históricos diversos com origens e trajetórias que se encontram em momentos diferentes do tempo (considere-se, por exemplo, as origens históricas independentes da profissão médica e do hospital, que se encontram num

determinado momento histórico e são vistas como indissociáveis no presente). Embora essa historicidade não seja o objeto das pesquisas que apresentamos, ela faz parte de um contexto sempre considerado.

Outro aspecto digno de nota é o da dialética local/global. A atenção à saúde tem marcas caracteristicamente locais (a começar pelos variados perfis dos problemas de saúde de populações específicas), mas ao mesmo tempo remete a saberes e mesmo instituições (como a OMS, por exemplo) globais.

A atenção à saúde compreende um conjunto de práticas altamente institucionalizadas, objeto de políticas específicas e regulação a partir do Estado (ainda que subsistam práticas concorrentes, muitas predicadas em tradições populares, as mesmas não fazem parte do escopo abordado aqui). Isso estabelece locais específicos para sua produção (chamados coletivamente de “serviços de saúde”: hospitais, ambulatórios, consultórios privados, postos de saúde, entre outros, com evidentes variações em tempos e lugares diferentes), que constituem por esse motivo focos privilegiados ao menos para uma primeira abordagem de tais práticas. A essas instituições, onde a atenção é efetivamente produzida, agregam-se outras, também altamente reguladas, que fornecem os diversos insumos necessários à sua produção: pessoal qualificado, instrumentos, materiais. Ainda como parte fundamental do contexto geral e para cada um desses elementos, deve-se considerar a multiplicidade de interesses econômicos que cria pressões sobre o desenvolvimento e fornecimento de determinados serviços e produtos, segundo uma lógica que não segue necessariamente os propósitos éticos supostos nas intervenções terapêuticas.

A atenção à saúde, por fim, se referencia num conjunto específico de conhecimentos que, dentro do contexto de regulação já mencionado, se amparam na ciência para sua produção e validação. Note-se que não há afirmações *a priori* sobre como efetivamente esse conhecimento e as práticas em questão se articulam, tendo em vista que essa caracterização é um dos objetivos deste texto. Mas esse corpo de conhecimentos é apontado, no mínimo, como recurso de legitimação social, como justificativa para as ações empreendidas no escopo da atenção à saúde.

Segue-se, portanto, que o outro componente a ser considerado nesta reflexão é o conhecimento, especificamente o conhecimento

biomédico. “Conhecimento”, contudo, é uma noção também problemática; adoto aqui a definição de conhecimento que propus em trabalho anterior: asserções aceitas como válidas por grupos específicos de investigação ou pesquisa, segundo procedimentos de validação também aceitos pelos mesmos grupos, que ao fim apontam para a construção de agregados coerentes que são por sua vez aninhados numa rede de asserções similares, previamente validadas. (CAMARGO JR., 2004). Essa é uma redescrição da análise tripartite da filosofia analítica (ZAGZEBSKI, 1999; WELBOURNE, 2000), para fins de observação empírica.

A produção de conhecimento científico é também a produção de artefatos. Em texto originalmente publicado em 1933, Gaston Bachelard já afirmava que “um instrumento, na ciência moderna, é verdadeiramente um teorema reificado” (BACHELARD, 1971, p. 144). Temas semelhantes são propostos mais recentemente por Hacking (1992) e Latour (1999), em suas análises sobre a ciência de laboratório. Ambos apontam, coincidentemente, como uma certa “colonização” científica do cotidiano é necessária para garantir que os modelos criados em laboratórios tenham sua estabilidade assegurada, uma vez que se integrem à “realidade lá fora”. Hacking propõe uma taxonomia para os objetos envolvidos na atividade laboratorial – idéias, marcas, coisas – que é potencialmente útil para a investigação empírica da ciência e de seus produtos.

Annemarie Mol (2002), por fim, propõe como estratégia de abordagem da questão ontológica na biomedicina uma certa “filosofia empírica”, que observe e documente as situações da prática nas quais doenças, lesões, conceitos se manifestam de modo concreto. Mol usa o verbo inglês “*enact*” para fugir dos modos usuais de descrição dessas entidades, mas não há uma tradução adequada para o português que se afaste exatamente das palavras carregadas que ela deseja evitar (duas traduções possíveis para *enact* seriam atuar, interpretar ou representar, mas no sentido do que atores fazem no palco).

Essa é uma abordagem coerente com a de Fine, que a define como uma “atitude ontológica natural” (ou NOA, no acrônimo original em inglês):

uma atitude aberta, particularista e não-essencialista frente à ciência.
Ela promove uma atitude não-teórica em direção à verdade, e desse

modo evita a metafísica do realismo ou do construtivismo metafísico. Ela coloca a ciência bem no meio de outras atividades humanas, e portanto convida a orientação social do construtivismo metodológico para preencher as lacunas ubíquas no entendimento da prática científica deixadas por programas metodológicos excessivamente racionalistas. (FINE, 1996, p. 250-1).

Da ciência do laboratório à prática da atenção nos serviços de saúde, esse conjunto de autores fornece um mapa conceitual de exploração das complexas articulações entre estes campos e seus objetos. Tal delineamento teórico, ainda que sucinto, estabelece um cenário onde idéias, marcas e coisas se articulam não para a produção de novos conhecimentos científicos, mas para produzir a atenção à saúde.

Nessa perspectiva, os objetos da investigação são concebidos como momentos específicos do *enactment* de uma categoria teórica, como por exemplo, uma consulta ambulatorial de um indivíduo diagnosticado como hipertensão. Por questão de conveniência, podemos designar o objeto como “hipertensão”, com a ressalva de que não se trata inicialmente nem das construções teóricas sobre a hipertensão, nem da experiência vivida pelo indivíduo designado pelo diagnóstico, mas pelo objeto fronteiro que surge exatamente no encontro entre o profissional de saúde e o usuário/paciente.

Ao mesmo tempo, esses objetos são também o ponto focal da articulação de uma série de trajetórias históricas (de conhecimentos, de equipamentos, de pessoas, de medicamentos, de instituições, e assim por diante), servindo portanto como ponto de entrada nessa rede e partida para sua descrição. Desta forma, tomo uma expressão de Stengers (1989) e denominarei esses objetos de *operadores*, por sua dupla função de elemento de observação e ponto de articulação para o referencial teórico do qual parti.

Esse referencial teórico embasa um programa de pesquisa que objetiva não uma crítica desqualificadora da utilidade do saber científico no enfrentamento (entre outros aspectos) dos desafios da Saúde Coletiva, mas demonstrar que, como propôs Boaventura de Souza Santos, “[...] só aplicando a ciência contra a ciência é possível levá-la a dizer não só o que sabe de si, mas tudo aquilo que tem de ignorar a seu respeito para poder saber da sociedade o que esperamos que ela saiba.” (SANTOS, 1988, p. 13). Ainda segundo o mesmo

autor, “a luta pela ciência pós-moderna e pela aplicação edificante do conhecimento científico é, simultaneamente, a luta por uma sociedade que as torne possíveis e maximize a sua vigência” (p. 161).

A concepção epistemológica delineada neste texto não é normativa; mais uma vez, não me cabe (e não me parece factível) prescrever critérios fixos e definidos de demarcação entre o que é “científico” e o que escapa a este modelo, o que proponho ao invés disso investigar como diferentes grupos, referidos a diferentes comunidades epistêmicas, operacionalizam seus saberes.

Paralelamente, é necessário o esforço de superação das incomensurabilidades entre diferentes sistemas teóricos, bem como da exposição pública dos diferentes processos de validação, criando múltiplos diálogos entre os “especialistas” e com aqueles que demandam seus serviços. Este processo traz, a meu ver, dois riscos que demandam constante atenção crítica. Em primeiro lugar, há o problema apontado por Latour (1987), da crítica assimétrica, isto é, ao confrontarem-se duas perspectivas epistemológicas diferentes, faz-se a utilização rigorosa de um instrumental crítico apenas com relação àquela que é estranha ao pesquisador. Exemplo disto me foi dado por Mirko Grmek, historiador da medicina, em comunicação pessoal: ao estudar as controvérsias entre os grandes nomes da medicina parisiense nos séculos XVIII e XIX, Grmek percebeu que, ao criticarem uns aos outros, esses autores formulavam críticas rigorosas, consistentes, penetrantes e que resistiram à passagem do tempo, sendo ainda válidas em termos do pensamento contemporâneo. Ao defenderem suas próprias propostas, contudo, seguiam um padrão de qualidade bem mais baixo, com resultados intelectualmente pífios. Boa parte do confronto entre os apologistas de diferentes racionalidades terapêuticas no presente, por exemplo, me parece seguir este mesmo padrão.

Em segundo lugar, e talvez mais importante, está o desafio de ao mesmo tempo respeitar e incluir o conhecimento do outro sem perder de vista a legitimidade de uma dada comunidade, de seus métodos de validação e de seu próprio saber. A introdução da idéia de assimetrias epistemológicas pode parecer incompatível até mesmo com uma concepção radical de democracia. Nas palavras de um autor que se debruçou sobre o tema:

nos escritos das pessoas preocupadas com a ameaça política à democracia colocada pela existência do conhecimento de peritos, a *expertise* é tratada como um tipo de possessão que privilegia seus possuidores com poderes que o povo não pode controlar com sucesso, e não pode adquirir ou compartilhar (TURNER, 2001, p. 123).

O mesmo autor propõe a perspectiva da construção social, por mostrar o caráter instável e convencional mesmo da ciência, como uma saída para esse dilema, apontando que a idéia da *expertise* só é um problema se se supõe a existência de um padrão mais elevado (e, acrescentaria eu, **absoluto**) pelo qual o processo banal de avaliar peritos como (por exemplo) bombeiros ou eletricitistas possa ser efetuado, que colocaria esse processo fora do alcance das pessoas comuns (TURNER, 2001, p. 145-146).

Acredito que as considerações que Turner faz apontam para uma perspectiva no mínimo semelhante à de Boaventura de Souza Santos (1988), em particular naquilo que este chama de “segunda ruptura epistemológica”, o reencontro do conhecimento científico com o senso comum. Podemos, enfim, ao menos imaginar os termos de tal processo, uma negociação entre vários participantes para a construção, quando possível, de processos consensuais de validação de conhecimentos (no sentido anteriormente proposto, de agregados de sentenças sujeitas a processos socialmente aceitos de exame e produção de coerências), ou ao menos de explicitação e delimitação de divergências incontornáveis. Este me parece o caminho de alcançar a meta, ainda seguindo Santos (1988), de produzir um conhecimento prudente para uma vida decente.

Este esforço teórico não é um exercício intelectual vazio; para além da infra-estrutura teórica para pesquisas já em andamento, há a possibilidade de se destacarem imediatamente aspectos relevantes para a assistência à saúde, como pretendo demonstrar na parte final do presente ensaio.

Tomemos como exemplo o campo médico, de extrema relevância para a assistência à saúde. As instituições médicas (incluindo a saúde pública, a assistência à saúde e as escolas médicas), o conhecimento e prática médicos são permeados por um estilo de pensamento específico (FLECK, 1986 [1927]). Um complicador adicional é o fato de que a medicina, enquanto prática social, extrai sua legitimidade de sua

“cientificidade”, embora não seja ela própria uma ciência em sentido estrito – isto é, ela depende do conhecimento produzido por outras disciplinas. Decorre daí que formas de produção de conhecimento que não se enquadram completamente no modelo de cientificidade desse estilo de pensamento, por serem, por exemplo, baseadas em técnicas qualitativas, são menos valorizadas, ao menos em parte, pela necessidade de se identificar ao modelo das ciências “duras” do campo biomédico, em particular das biociências de um modo geral (como por exemplo, a Biologia Molecular) e a Epidemiologia, ambas embasadas em extenso instrumental matemático.

Ou seja, o próprio estilo de pensamento da Medicina tende a valorizar um conjunto de técnicas que, num certo sentido, lhe são externas, ou ao menos externas ao que este tem de mais específico, isto é, a metodologia clínica. *Mutatis mutandis*, podemos estender essas considerações ao conjunto das ações de atenção à saúde. Isto cria tensões internas à própria execução de tais ações: é nítida em vários momentos a contradição entre práticas individualizadas, desvalorizadas por sua escassa “cientificidade” e as normas estabelecidas pelo conhecimento legitimado. Poderíamos pensar numa analogia com a distância, cada vez maior, ao menos na língua portuguesa, entre as normas da fala e da escrita.

Exemplos concretos dessa tensão interna são fornecidos por duas teses de doutorado recentes, que estudaram respectivamente as estratégias médicas para lidar com pacientes com modalidades de sofrimento físico sem lesões presumíveis (GUEDES, 2007) e a narrativa como técnica de investigação da clínica na Medicina e ao mesmo tempo parte integrante do objeto estudado (FAVORETO, 2007).

No primeiro exemplo, Guedes observou que o preceptor de um serviço ambulatorial de um hospital universitário trazia um instrumental de trabalho na relação com os pacientes e de leitura e intervenção na subjetividade que não se materializava em algo transmissível no ensino e treinamento dos residentes sob sua supervisão.

No segundo caso, ao entrevistar e observar a supervisão de médicos de família de um dos programas mais tradicionais e bem-sucedidos na área em todo o país, Favoreto caracterizou a capacidade dos médicos do programa de elaborar uma narrativa incluyente, que contemplava aspectos para além do estritamente biomédico. Ainda

assim, contudo, esse saber permanece como que encapsulado, subordinado ao modelo biológico-cientificista, que é o tipo de narrativa que predomina, por exemplo, na exposição de casos na supervisão.

Em ambas as situações, o que se percebe é a subordinação de um saber prático, ainda que útil, eficaz e adequado, ao discurso formalizado legitimado pela ciência. Esperamos que a produção dos estudos baseados no referencial aqui proposto (alguns dos quais estarão numa publicação conjunta ora em preparação) contribua para que esse saber alcance também a legitimação que lhe é devida.

Referências

BACHELARD, G. *A Epistemologia*. Lisboa: Edições 70, 1971.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 157-70..

FAVORETO, C. A. *A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido ao diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FINE, A. Science made up: constructivist sociology of scientific knowledge. In: GALLISON, P.; STUMP, D. J. *The disunity of science*. Stanford: Stanford University Press, 1996.

FLECK, L. Some specific features of the medical way of thinking. In: COHEN, R. S.; SCHNELLE, T. (Eds.). *Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck*. Dordrecht: D. Reidel, 1986.

GUEDES, C. R. *A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

HACKING I. The self-vindication of the laboratory sciences. In: PICKERING, A. (Ed.). *Science as practice and culture*. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.

HACKING, I. *The social construction of what?* Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1999.

LATOUR, B. *Science in action: how to follow scientists an engineers through society*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1987.

LATOUR, B. Give me a laboratory and I will raise the world. In: BIAGIOLI, M. (Ed.). *The science studies reader*. New York: Routledge, 1999.

MOL, A. *The body multiple*. Durham: Duke University Press, 2002.

- SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- STENGERS, I. *Quem tem medo da ciência?* São Paulo: Siciliano, 1989.
- TURNER, S. What is the problem with experts? *Social Studies of Science*, v. 31, n. 1, p. 123-149, 2001.
- WELBOURNE, M. *Knowledge*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2000.
- ZAGZEBSKI, L. What is knowledge? In: GRECO, J.; SOSA, E. *The Blackwell Guide to Epistemology*. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 1999.



Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Inicialmente, ao receber o convite para participar de uma mesa que teria como foco o debate sobre as possibilidades de se produzir uma prática reflexiva do cuidado, pensei: o que teria a dizer sobre esse tema? Deparei-me com a tela em branco do computador. O que produzir frente a uma tela em branco? Mas estaria realmente a tela em branco? Na tela do computador, sim, mas no corpo, certamente não. Pois no corpo nada há em branco, mas cores, sons, cheiros lembranças, um patrimônio produzido na história, diários de bordo de muitas viagens (SOARES, 2007).

Só se escreve nas pausas, nas errâncias que vão ganhando contornos. Pois bem, só se escreve, escrevendo, só se vive nos processos, nos espaços microgestionários. Escrever é, portanto, assumir riscos, envolve diferentes usos, e por isso é um drama, é situar-se no interjogo das dramáticas¹ dos “usos de si” (SCHWARTZ, 1998), situando-se nas intensidades acionadas nesse processo de escritura.

Lembrei-me, também, de Deleuze (2000), quando nos diz que só escrevemos sobre aquilo que sabemos mal. Ninguém escreve sobre o que sabe, pois segundo o filósofo, a escrita não é movida pelo saber, meramente, mas sobretudo pelo que nos provoca, pelo que nos força

¹ A expressão “dramática” refere-se às situações em que se efetiva um “encontro histórico” entre diferentes saberes que se confrontam, permitindo o caminhar da História humana. Nesse “encontro” (SCHWARTZ, 2002), há sempre um destino a ser vivido, há uma “dramática” em que os sujeitos têm que fazer escolhas, arbitrar entre valores diferentes, muitas vezes contraditórios, uma situação em que cada um deve gerir sua atividade de um modo ou de outro.

a pensar, a inventar enredos, tramas. Ao escrever sobre a possibilidade de uma prática reflexiva do cuidado, margeio, portanto, um não-saber (LOUZADA, 2007). Como nos diz Deleuze (2000, p. 241), “aquilo que só pode ser sentido sensibiliza a alma, torna-a perplexa, isto é, força-nos a colocar um problema, como se o objeto do encontro, o signo, fosse portador de problema – como se ele suscitasse problema”.

Portanto, estou falando de uma escrita que não é asséptica, pois deixa rastros das inúmeras implicações que a teceu, povoada de dúvidas, impasses, o que significa que não se trata de uma escrita higiênica, neutra e triste (MACHADO, 2004). Busco escrever um texto que nos provoque, que nos deixe alguma indagação, e o estilo que imprimo é constituído de múltiplas vozes que “se defrontam para constituir a singularidade de um enunciado, de um texto, de uma autoria” (BRAIT, 2007, p. 79). Portanto, o estilo utilizado não pode ser reduzido a uma forma subjetividade, “considerada como o que há de exclusivamente particular, individual, pessoal, características que se tornaram, para o senso comum e para boa parte da estilística clássica/tradicional, sinônimo de estilo” (BRAIT, 2007, p. 79). Paradoxalmente, o estilo deste texto tem uma dimensão particular, mas é resultante da multiplicidade de experiências vividas, não se expressa por traços que identificam a autora. Um texto que não é apenas meu.

É com esse espírito que busco pensar uma *epistemologia da prática* do cuidado e produzir um debate sobre o saber (reflexivo) dos profissionais de saúde. Alimento a convicção de que a perspectiva ergológica pode nos ajudar, uma vez que nela encontramos ferramentas importantes para essa tarefa. Dessa abordagem me aproprio da discussão produzida por Yves Schwartz (2002a), que ao debater o estatuto dos diferentes saberes, considera que o conceito de atividade tal como “elaborado a partir do campo do trabalho” (SCHWARTZ, 2002a, p. 126), faz a convergência dos elementos relativos ao conhecimento e práticas em Ergonomia, Ciências da Linguagem, Sociologia, dentre outras, o que faz com que a tradicional distinção entre Ciências da Natureza e Ciências Humanas, ou entre ciências duras e moles, se desfaça.

Ao se tratar de atividade humana, essas separações deixam de ter sentido. Advoga, então, a existência, apenas, de “ciências” humanas, como há ciências da natureza, o que nos coloca a existência de duas

“disciplinas”, duas exigências, que são muito diferentes, mas não hierarquizáveis: a disciplina ergológica e a disciplina epistêmica. A primeira “almeja processos movidos por atividades humanas e a outra visa a objetos que não fazem história” (SCHWARTZ, 2002a, p. 126), pretensão certamente questionável, uma vez que sempre estamos operando num mundo histórico.

Scwhartz (2002a) considera que toda atividade humana é localmente reprodutora de histórias, vive e encontra suas ferramentas num universo de conceitos. Assim, na medida em que a disciplina epistêmica opera no tecido histórico da cultura humana, ela é também um processo ergológico. No que chama disciplina ergológica, a atividade humana se desenvolve como um entrecruzamento de “trama e de corrente” de dois registros: o registro um, que está situado no pólo dos conceitos, das regras, das ferramentas que tendem a ser armazenadas e codificadas, e o dois, no pólo do que se gera/regenera nas dinâmicas locais e concretas. Na trilha de Schwartz, indagamos, então: do que se trata quando falamos de uma epistemologia da prática? É possível uma prática do cuidado que não seja reflexiva? É possível uma prática do cuidado que não implique um processo de criação, de renormatização das atividades realizadas pelos trabalhadores nos serviços de saúde?

Certamente, não tomamos a epistemologia como uma produção do intelecto que garantiria um lugar privilegiado para se ver as coisas. Nossa opção é pensar uma epistemologia da prática pela via da disciplina ergológica, o que significa tomar a prática do cuidado por um outro viés, que não é dizer como ela deve ser e, sim, colocar-se para além de prescrições técnicas ou teóricas para pensar a prática do cuidado. Trata-se de afirmá-la como atividade industriosa, ou seja, uma atividade que envolve sempre algo como um “debate de normas”. Essa noção implica, com base na herança de Canguilhem (1990), que há uma tendência de cada sujeito de renormatizar seu “meio de vida-trabalho”. A atividade industriosa é definida como um debate de normas, e é por meio dessas normas que podemos encontrar, dentre outras, a dimensão da gestão.

Segundo Canguilhem (2001), Taylor, ao ignorar esse aspecto inventivo dos humanos, considerou ser possível a assimilação do trabalho a um jogo de mecanismos inanimados, de forma que os movimentos do trabalho dependessem inteira e unicamente do mo-

vimento da máquina, regido segundo as exigências de maior rendimento econômico. Cito o autor (2001, p. 115):

Em suas relações com o meio físico e o meio social no interior da empresa, o operário reage – ou melhor, é concebido por Taylor, como devendo reagir – sem iniciativa pessoal a uma soma de estimulações, movimentos mecânicos, ordens sociais, dos quais ele não pode escolher nem a qualidade nem a intensidade, nem a frequência. A cronometragem dos tempos operatórios, a eliminação dos tempos mortos, dos movimentos inúteis, são as conseqüências de uma concepção mecanicista e mecânica da fisiologia, província sem autonomia (*provençe sans autonomie*) de uma ciência energética e totalitária.

Taylor era um engenheiro, conhecia o mecanismo das máquinas mortas, mas não do motor vivo. No processo de trabalho lidamos com um meio complexo, no qual os movimentos operatórios devem ser compreendidos como regulações criadas pelos trabalhadores. “O meio não pode impor nenhum movimento a um organismo se esse organismo se propõe ao meio segundo orientações próprias. Uma reação forçada é uma reação patológica” (CANGUILHEM, 2001, p. 116).

Esse mito cientificista levou Taylor a acreditar na possibilidade de subjugar o homem pela razão, e não “o reino da razão no homem” (CANGUILHEM, 2001, p. 111), considerando o homem como uma máquina que poderia ser acoplada a outras máquinas. Pautado em princípios behavioristas, Taylor acreditou que seria possível condicionar o trabalhador ao novo meio industrial, de forma que o poder determinante do meio dominaria e anularia qualquer marca singular que o trabalhador pudesse imprimir no desenvolvimento do seu trabalho. Buscou, assim, por meio de um conjunto de mecanismos construídos, condicionar o trabalho humano a um jogo de mecanismos inanimados, tornar o indivíduo dependente das heterodeterminações reguladas de acordo com as exigências do trabalho capitalista de alto rendimento produtivo.

Com essa transposição da lógica behaviorista para as situações de trabalho, concebia o trabalhador como um mero executor de prescrições matematizadas e cronometradas, de forma que não poderiam fazer escolhas nas situações de trabalho. Aqui a racionalidade técnica imperaria. O modelo taylorista forjou uma oposição radical entre subjetividade e trabalho, uma vez que o trabalhador passa a ser incluído num registro mecânico, de mera execução, de assujeitamento

às regras heterodeterminadas, no qual o sujeito não poderia expressar seu potencial inventivo.

Essas concepções racionalistas, afirma Canguilhem (2001), na medida em que consideram a razão como a norma das normas, tomam o conceito de normalização como equivalente ao conceito de racionalidade-intelectiva. Mas é também muito comum, afirma, que uma racionalização de inspiração científica apresente normas de rendimento técnico que se impõe como expressão de uma necessidade de fato e com a pretensão de determinar, objetivamente, um certo trabalho, o melhor método a seguir e a melhor e única maneira de execução, “*the one best way*”.

Taylor pretendeu entender o funcionamento humano em situação experimental, ou seja, ter por norma os resultados de experiências práticas sobre os vivos colocados artificialmente e em condições de existência definidas. A reclusão numa situação de laboratório está longe de fornecer as informações que se encontram no “meio livre” (CANGUILHEM, 2001).

Então, tentar mecanizar o homem e o tempo, negligenciar o caráter rítmico da atividade de um ser vivo, pode estabelecer uma norma de rendimento que não tem nenhuma significação para um indivíduo tomado na sua existência concreta. Assim como não há “uma” racionalização, não há “uma” norma, mas normas, afirma.

Esse sonho taylorista não se efetivou. As reações dos trabalhadores à racionalização taylorista revelam a resistência (no seu duplo sentido: como recusa e criação) do trabalhador às medidas que lhe são impostas. Os humanos lutam contra as tentativas de silenciamento, que muitas vezes se impõem nos processos de trabalho. Os trabalhadores entendem e produzem sentidos do seu trabalho e de sua situação no seu meio laboral. O comportamento do trabalhador se mostra como um dado rebelde à previsão e ao cálculo. Canguilhem (2001, p. 120) considera que o que tem escapado para muitos que pretendem fazer uma análise dos processos de trabalho é que os trabalhadores terão como “autênticas normas apenas as condições de trabalho que eles mesmos instituem tendo como referência valores próprios e não aqueles impostos”. O meio de trabalho condizente com a condição de um ser vivo será aquele que eles mesmos constroem para eles. “Todos os homens querem ser sujeitos de suas normas. A

ilusão capitalista é crer que as normas capitalistas são definitivas e universais, sem pensar que a normatividade não pode ser um privilégio” (CANGUILHEM, 2001, p. 120).

A normatividade, portanto, é o sentido humano. O vital prima sobre o mecânico, e a vida é um conflito sempre aberto, gerador de experiência e de história. As tentativas de modulação que visam à homogeneização das formas de existência, de colocar camisas-de-força no seu caráter imprevisível, criacionista e normativo, não se efetivam com tranquilidade. Os humanos estão sempre buscando criar alianças com práticas que desativem essas máquinas que tentam sobrecodificar a vida, inventando outras cenas, ativando forças de invenção na contramão das tentativas de seu esvaziamento vital, do seu poder crítico e normativo. Essa maneira de colocar o problema do processo vital nos sinaliza a importância de ter como meta o contínuo projeto instituinte de criarmos e recriarmos a nós mesmos e ao mundo, quando temos a vida como princípio ético.

Seguindo essa direção de análise, para a ergologia o trabalho é pleno, independentemente do fato de ser assalariado, formal ou informal, doméstico ou mercantil. Assim, estamos propondo uma modulação diferente na questão disparadora do debate: é possível uma prática do cuidado que não seja “reflexiva”? Reflexão como debate de normas. Logos que passa pela renormatização das regras do trabalho, o que não significa pensar nenhum modelo para se avaliar a prática, pois “entre a ciência e a experiência há o saber: não absolutamente como mediação invisível, como intermediário secreto e cúmplice, entre duas distâncias tão difíceis ao mesmo tempo de reconciliar e de distinguir; de fato, o saber determina o espaço onde podem separar-se e situar-se, uma em relação à outra, a ciência e a experiência.” (FOUCAULT, 2000, p. 117). Tomamos, portanto, a epistemologia da prática como uma forma de análise da prática como atividade, ou seja, como gestão das situações em curso nos processos de trabalho.

O debate de normas sempre se faz presente nas práticas de cuidado num processo no qual se efetiva um interjogo de saberes e fazeres, implicando escolhas, pois ao trabalhar são agenciadas dramáticas do uso de si, que se expressam numa luta entre o uso de si pelos outros (organização, organogramas, hierarquias, códigos corporativos, produtividade, índices) e uso de si por si, nas singularizações e inven-

ções dessas normas. Entretanto, não se trata de negar o componente de expropriação presente no trabalho, nem afirmar que o trabalho seja puramente inventivo, mas de afirmá-lo como um drama, exatamente por que a prática de cuidado, como atividade industriosa, se constitui nesse ínterim. O trabalhador vive um drama que os atravessa em suas singularizações, sempre coletivas, negociadas com outros dramas, compostas com outras dimensões diretamente envolvidas pelas renormalizações nos/dos processos de trabalho.

As diferentes formas de cuidar dos profissionais da saúde – do enfermeiro, do psicólogo, do médico, do técnico de enfermagem, do fisioterapeuta, do administrador, dentre outros – estão previstas,

mas, ao exercê-las, cada um vivencia as normas antecedentes (próprias de cada hierarquia das profissões, compartilhadas com outros da mesma categoria profissional), em função de como realizar a ação, ao mesmo tempo rotineira e nova, disparando dramas com sentidos em suas histórias de vida e em seus valores, criando uma “desanonimação” de cada fazer. Cada atividade, necessariamente renormalizada, singularizada, vai necessitar de um terreno coletivo que lhe atribua novas significações (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 44).

Essas escolhas disparadas pelos usos de si por si não são da ordem da “consciência”. Não se trata de pensar o sujeito como autofundante, consciente, senhor de si e do mundo no referencial ergológico. Assim, os trabalhadores realizam, constantemente, gestão, criam normas, fazem um debate entre valores e, nesse sentido, uma forma de reflexão está sempre presente, caso contrário, o cuidado em saúde não se efetiva, os sistemas não funcionam, “dão pane”. A reflexão seria um elemento constitutivo das práticas de cuidado, que estão sendo tomadas neste texto como atividade industriosa.

Reflexão tem a ver, então, com diálogo que se efetiva no debate de normas e precisa ser tomada como um caminho para a transformação das práticas em situação de trabalho, que se dão, necessariamente, no coletivo. Prática reflexiva que viabiliza mudança no que está instituído. Prática de cuidado – portanto, prática reflexiva.

A inteligência “kaírica”

Como colocar em questão a possibilidade de uma prática reflexiva do cuidar fora do concreto da experiência? Uma análise permanente do cotidiano de trabalho em saúde, suas diretrizes e ações, que legi-

tima lugares e pode desqualificar saberes, é a direção que indicamos. O sujeito se constitui pelos saberes construídos historicamente, no e pelo trabalho, diante das escolhas que se colocam nos processos laborais. A capacidade inventiva do humano é motor de um processo que se dá em meio às normas, aos valores e aos saberes engajados no trabalho. É em meio às nervuras do real (SOARES, 2007) que podemos captar os movimentos de invenção de formas de trabalhar, ver o quanto há de embate, de reflexões no agir em situação.

O trabalho real interroga os modos de ação, desmancha-os, porque acompanha o movimento do vivo, que é de desconstrução e invenção permanentes. Assim, uma prática do cuidado não pode ser reduzida a uma série de passos ou procedimentos para serem usados pelos trabalhadores e, sim, um caminho de encontros e problematizações que se efetivam nos processos de trabalho.

Uma ação reflexiva, na direção que afirmamos, é um processo que envolve mais que processos lógicos e racionais/intelectivos de solução de problemas. Reflexão que envolve intuição e paixão, e não é algo que possa ser empacotado num embrulho de técnicas para serem usadas. Reflexão que não pode ser reduzida a qualquer operação mental e que se reconfigura no curso da atividade de trabalho. Portanto, fica evidenciada a importância da atuação coletiva, propiciadora de trocas sobre as práticas, o que qualifica o trabalho como em processo contínuo de constituição de sujeitos e de mundos.

O trabalho em saúde interessa-nos, assim, como processos microgestionários movidos por perguntas. Perguntas que não possuem respostas propriamente ditas, uma vez que, segundo Deleuze (1968), toda pergunta seguida de resposta direta é um falso problema. É preciso formular perguntas que tracejam questões: como se movimentam os trabalhadores no cotidiano dos estabelecimentos de saúde? Como se movem em seus percursos diários? Que traçados configuram seus fazeres, suas práticas? Trabalhar é fabricar uma cadência. É inventar um passo. Um modo de andar (LOUZADA, 2007).

A atividade situada nos remete ao que os trabalhadores constroem/inventam no processo produtivo, como resistência ao que está prescrito nas planilhas da gerência. Tomamos da resistência seu duplo sentido. Ao que no curso impede o (per)curso, à formata-ção que sobrecodifica modos de experimentar o trabalho. Resistência que se

interpõe ao processo do trabalhar. Por outro lado, resistência que se afirma no processo, investindo no caminhando coletivo do inventar.

Isso não tem o sentido de dispensar as prescrições, até porque essa seria uma tarefa impossível e não-desejada. O prescrito diz também da história-criação dos trabalhadores, de seus modos de lidar com os meios e processos de produção. O que queremos destacar, no debate que se coloca sobre uma epistemologia da prática no campo do cuidado, é que a construção de prática reflexiva só se efetiva nas condições concretas do trabalho. Não há predeterminações absolutas das práticas do cuidado. Elas vão se engendrando, principalmente, nas relações com o outro nas situações de trabalho por meio dos processos reflexivos, que se efetivam no debate de normas.

A realidade vivida nos locais de trabalho coloca problemas que forcem a pensar e construir jeitos de operar. É no mergulho na complexidade dos processos produzidos no dia-a-dia das práticas em saúde, no que se passa em situação, que se efetivam reflexões/análises das práticas de cuidado. O que, reafirmamos, não se reduz tão somente ao plano intelectual-racional, mas no que nos convoca a habitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam. (BARROS; BARROS, 2007). É no curso da atividade que as “práticas transgressoras” proliferam. É preciso aprender, divulgar as opções estratégicas, os projetos, as reivindicações de todos os envolvidos na construção de modos de cuidar. Trabalho, na direção indicada pela perspectiva ergológica, significa também histórias, linguagens e vínculos coletivos, circulações imprevisíveis entre oficinas de trabalho e os outros espaços da vida social (SCHWARTZ, 2002b, p. 113). É retrabalho permanente das normas prescritas nas situações concretas. O trabalhador reorganiza localmente seu fazer, o que significa convivência, recriação dos espaços de vida, construindo histórias, fazendo história.

Nessa direção de análise, Schwartz (2002b) destaca dois registros nos processos de trabalho: o primeiro se constitui pelo que pode ser dito e ensinado antes de qualquer efetivação, mas o segundo, ao contrário, é gerado no próprio laboratório das experiências de trabalho, movimento que modifica, mesmo que de maneira menos visível que o primeiro, a constelação dos saberes, dos atos pertinentes aos ofícios. Estamos falando de uma dinâmica

inovadora do trabalho que antecipa interfaces, laboratórios de eficácia técnico-humanas com os quais o pensamento conceitual se confronta a todo momento como um novo enigma a ser resolvido, uma nova configuração eficiente a ser decifrada, a inventariar. Se o primeiro momento antecipa a atividade de trabalho real, fixando-lhe cenários, coerções, recursos essenciais, o segundo antecipa, em parte, o futuro trabalho do profissional do conceito (SCHWARTZ, 2002b, p. 114).

Para o autor, essa distância entre o primeiro registro codificado do trabalho e o segundo engendrado no “calor da atividade” é o próprio encontro do trabalho como lugar e matriz importante da história das sociedades humanas. Valorizar a antecipação prospectiva é pressupor que os encontros do trabalho não criam o imprevisível, não retrabalham saberes e valores, não fabricam história. Isso significa, ainda,

imaginar que seria possível transformar homens e mulheres em executantes, em marionetes cuja vida seria apenas o cruzamento do pensamento e dos valores dos outros, e, até mesmo, de determinações cegas e anônimas. [...] A atividade humana não pode corresponder a essa visão míope (SCHWARTZ, 2002b, p. 116).

Indica-nos, ainda, a importância de pensar o trabalho a partir do laço *techné* e *kairós*, pois entre uma *techné*, competência técnica, e o aproveitamento das oportunidades (*kairós*), “assujeitadas ao tempo”, decifra-se o sinal do momento certo para agir, pois as decisões de ação não se limitam, ou se restringem ao conhecimento formalizado. O que impulsiona o saber não é apenas essa *techné*, mas sua imersão na dimensão histórica, singular, própria do acontecimento. Afirma o autor que, para trabalhar, compreender as dinâmicas que se efetivam no curso da atividade, é preciso ter a “inteligência do *kairós*”,

que permite reaprender debates parcialmente “contingentes”, entre coletivos humanos e condições preexistentes à sua tentativa de império sobre seu meio, como se a humanidade como atividade nunca deixasse que descrição teórica alguma se estabilizasse. (SCHWARTZ, 2002b, p. 130-131).

Segundo Schwartz (2002b), ignorar as dinâmicas ressingularizadoras dessas lógicas, ignorar o que não para se gerar em configurações críticas sempre diferentes, imaginar poder abrir mão de uma inteligência do *kairós* em benefício exclusivo de uma ferramenta de

inteligibilidade que consiga neutralizar a história, não traz benefícios a ninguém. A categoria trabalho, nessa perspectiva, toma o tempo como fator de incerteza, uma temporalidade processual, tempo de acontecimentos, que não se pode apreender a partir de modelos *a priori*. “O tempo tem seu peso, uma vez que nele se produzem trajetórias, escolhas, trabalhos em cima de valores, que cristalizam entidades coletivas como unidades providas de história própria e de especificidade” (SCHWARTZ, 2002b, p. 133).

Destaca, ainda, uma regra de ouro para a análise da atividade, que é o jogo “impossível e invivível”: impossível controlar, antecipar inteiramente as variabilidades industriais, pois sempre haverá nas interfaces e nos acordos de trabalho, “brechas de normas”, que exigem que os seres pensantes e deliberantes façam escolhas para tornar possível a produção. Invivível é a vida humana parar de se manifestar a partir do momento em que se pretende impor aos humanos, integralmente, as normas, impedir a vida humana de se pensar (SCHWARTZ, 2002b).

É nessas brechas de normas do meio circundante que os protagonistas constroem para si mesmos normas para supri-las, para agir e administrar a situação e, a partir daí, produzir por pouco que seja, bem-estar. No âmago do trabalho está a dinâmica impossível/invivível que coloca em debate todos os valores do conviver nas relações que se dão face a face. Mesmo nos menores atos cotidianos, o trabalho aparece como uma confrontação permanente com debates de normas em que esses valores de como conviver estão em jogo. Ignorar que o trabalho é primeiramente gestão desses microdebates significa negligenciar o trabalho como atividade. Portanto, para Schwartz, não é possível antecipar as competências necessárias para um trabalho.

A realidade vivida nos ambientes laborais coloca problemas que forcem a pensar outros jeitos de operar: um jeito de ser enfermeira, fisioterapeuta, médico, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, se constitui, principalmente, no agir em situação, na imanência das situações vividas. Esse plano imanente diz, portanto, da experiência concreta dos trabalhadores no curso da atividade industrial. A análise da experiência a partir desse plano coletivo é, portanto, sempre singular e indissociável do processo de produção do trabalhador e dos mundos do trabalho.

Por outro lado, os diálogos, as rodas de conversa, a construção de espaços coletivos para debater as renormatizações (coletivizá-las), não pode se efetivar sem uma articulação com o que diz respeito à luta com certas políticas instituídas. Todas essas estratégias podem não trazer como resultado mudanças efetivas nos espaços em que atuamos, caso essa dinâmica macro e micropolítica não seja colocada em análise. O que não quer dizer que a análise coletiva, a reflexão nos locais de trabalho, tenha menor importância, ou que não valham à pena. Precisamos criar outras estratégias junto de tudo isso, com tudo isso. Ou mudar o modo como fazemos análise. Trata-se de políticas diferentes: macropolítica e micropolítica, forma e virtualidade, que caminham sempre juntas, entrelaçadas, de forma que não podemos dizer que um desses planos é melhor que o outro. Dois planos que não param de interferir, de reagir um sobre o outro e de introduzir cada um no outro “uma corrente de maleabilidade ou mesmo um ponto de rigidez” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 68). É preciso estar atentos a uma política de efeitos totalizantes que busca apropriar-se da potência de desdobramentos própria dos vivos. O plano micropolítico agita, de forma silenciosa, os segmentos constituídos, as formas dadas. No entanto, trata-se de um plano que porta uma ambigüidade (César, 2007), pois aí não é possível nenhuma previsibilidade, uma vez que os arranjos nesse plano dependem das negociações constantes entre essas duas dimensões, que pode ter como efeito um endurecimento maior nas formas já instituídas de funcionamento ou, ainda, se abrir para a produção de novos/outros possíveis modos de trabalhar, que já estavam em gestação, ou seja, as formas de trabalhar instituídas trazem, em germe, a construção de outros modos de cuidar.

Como nos diz Clot, o trabalho é também “aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures,” e também o que se faz para não fazer o que se tem a fazer ou que se faz sem querer fazer (CLOT, 2006, p. 116) Como nos indica esse autor, uma atividade afastada, inibida ou em gestação não está ausente nas situações de trabalho. As práticas de cuidado colocadas em ação pelos diferentes profissionais de saúde colocam incessantemente em questão a organização do trabalho, problematizam as prescrições institu-

ídas tanto no nível local de cada unidade de saúde quanto no que diz respeito às políticas de governo. Nas práticas de cuidado, como em qualquer outra atividade industrial, o que a viabiliza não é intrínseco ao objeto do trabalho, ao sujeito-trabalhador nem mesmo aos demais trabalhadores, mas, sim, o que se dá entre eles e que não cessa de ser gestado no curso da atividade.

É tempo de redirecionar a interrogação inicial e afirmar a modulação já feita: é possível produzir cuidado sem uma prática reflexiva? Tal modulação nos coloca uma outra questão: de que humano falamos quando se interroga a possibilidade de uma prática reflexiva do cuidado, e não a impossibilidade dos humanos não refletirem/analizarem suas práticas, uma vez que seria inconcebível uma atividade de trabalho como mera execução? Uma prática de cuidado que não se delinea a partir da reflexão, aqui tomada como debate de normas, é “impossível e invivível” (SCHWARTZ, 2002b).

Se tomarmos os humanos não a partir somente do pensamento como processo de ordem intelectual, mas do desejo de ser, do esforço para se manter na existência e aumentar a potência do viver, na direção que nos indica Espinosa (2007), essa seria uma falsa questão. Entretanto, é preciso reafirmar que não estamos negando as tentativas de silenciamento e captura que se efetivam constantemente nos processos de trabalho que visam a impedir que a renormalização, que a reflexão se faça. Estamos falando, portanto, de luta. Logo, tomar o cuidado em saúde como atividade industrial, como uma permanente análise dos processos de trabalho, é afirmar autonomia dos humanos que em atividade, lutam, fazem história, renormatizam seu meio e, portanto, não são passivos frente ao que se impõe nos meios laborais.

Referências

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 75-84.

BRAIT, B. Estilo. In: _____. (Org.). *Baktin: conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2007.

CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. *Próposições*, Campinas, v. 12, n. 2-3, p. 35-36, jul-nov 2001.

_____. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CÉSAR, J. M. *Processos grupais e o plano impessoal: a grupalidade fora do grupo*. Projeto de qualificação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição*. Lisboa: Relógio D'água, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. v. III: Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed 34, 2004.

FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Ditos e escritos. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

LOUZADA, A. P. *Um trabalho docente: a invenção como imanente à vida*. Projeto de qualificação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

LOUZADA, A. P.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 37-52.

MACHADO, L. D. O desafio ético da escrita. *Revista Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2004.

SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA-E-SILVA, M. C. P.; FAÍTA, D. (Orgs.). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002a.

_____. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: paidéia e politeira. *Proposições*, Campinas, v. 13, n. 37, p. 126-149, jan.-abr. 2002b.

_____. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, n. 65, p. 101-139, 1998.

SOARES, A. G. Cartografia da atividade de trabalho docente: invenção/formação em meio às nervuras do real. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SPINOZA, B. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde

JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES

É possível produzir uma prática reflexiva acerca do Cuidado? Esta foi a questão proposta para este ensaio. Possível não, respondemos. Mais que possível, é absolutamente necessário produzir essa prática reflexiva. De fato, e esta é a tese que procuraremos defender neste ensaio, não faz sentido a idéia de Cuidado em saúde, tal como a entendemos aqui, sem uma prática reflexiva intrinsecamente articulada. E isto na dupla implicação apontada pela expressão. Primeiro ser *reflexão*, no sentido corrente de análise crítica de uma situação para formação de um juízo mais apropriado ou fundamentado. Segundo, ser a *reflexão entendida como prática*, isto é, não como um exercício espiritual de autoconhecimento, mas como uma exigência constante de tomada de posição e escolha frente às ações e interações em curso no viver cotidiano. Para desenvolver esse argumento, vamos dividir este ensaio em três partes. Em primeiro lugar, vamos procurar retomar, com a brevidade e clareza possíveis, a *conceituação de Cuidado* que adotamos (I). Em seguida, vamos destacar como essa concepção de Cuidado implica um tipo de saber característico, a chamada *sabedoria prática*, e uma *ação dialógica*, no sentido forte do termo (II). Por fim, procuraremos sustentar que esses fundamentos dialógico-práticos do Cuidado reclamam uma constante tarefa crítico-reflexiva acerca do sentido das ações de saúde, a qual se realiza como uma hermenêutica (III).

Cuidado: da ontologia às práticas de saúde

Têm surgido recentemente diversas propostas reconstrutivas frente às crises de legitimação que, não obstante seu notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando no Brasil desde o final do século XX. Guardadas suas especificidades, propostas tais como integralidade, ações programáticas, promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde Paidéia, Cuidado e humanização, têm buscado construir alternativas conceituais e práticas capazes de superar impasses técnicos, políticos e éticos enfrentados pela atenção à saúde em seus traços contemporâneos.¹ Tal reconstrução necessita de um esforço político para sua realização, tomado aqui no sentido habermasiano de um amplo processo público de debate e produção de consensos em torno a diversas proposições e interesses em disputa no campo social, com suas respectivas pretensões, exigências e condições de validade (HABERMAS, 1988).

Vêm no sentido de somar-se a esse debate nossas recentes proposições em torno do conceito de Cuidado² (AYRES, 2004a; 2004b). Elas têm como norte a construção do *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 proposição acima, em primeiro lugar, a mudança do horizonte normativo pelos quais se pensa deverem ser guiadas e julgadas as práticas de saúde, expandindo-o da estrita referência à normalidade morfofuncional, própria às tecnociências biomédicas modernas (LUZ, 2004), em direção à idéia de *felicidade*. A idéia de felicidade busca, por seu lado, escapar tanto à restrição da conceituação

¹ Não se desconhece que cada uma dessas proposições remete a processos sociais diversos, envolvendo variada gama de agentes e contextos e com objetivos e pressupostos não exatamente coincidentes. Aperfeiçoamentos da organização de serviços e ações no âmbito da(s) reforma(s) sanitária(s); demandas de grupos populacionais específicos; reorientação do modelo assistencial hegemônico; melhoria da qualidade da assistência nos serviços e a tradição crítica dos estudos reflexivos sobre os fundamentos e implicações sociais das práticas de saúde são alguns dos vetores históricos que atravessam a conformação desses movimentos e lhes conferem suas peculiaridades. Parece claro, contudo, que a motivação reconstrutiva de cada um deles, ao menos no contexto brasileiro, tem conduzido a uma série de interfaces e convergências, fazendo com que, na atualidade, esses movimentos se instruem e sustentem mutuamente em diversos sentidos.

² O uso da inicial maiúscula quer distinguir essa construção conceitual dos sentidos habituais do uso da palavra.

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 da Saúde no final dos anos 70. De fato, ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, não pode ser, portanto, um estado, mas um movimento, um agir. Também não pode ser “completo”, pois as normas associadas à saúde precisarão ser reconstruídas constantemente, à medida que deslocam nossos horizontes normativos.

Com a idéia de felicidade buscamos remeter o horizonte normativo das práticas de saúde 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 as concepções de saúde e de atenção à saúde, que parece ser o mais essencial e potente nas recentes propostas reconstrutivas.

Por outro lado, se queremos evitar qualquer tipo de fundamentalismo ou de descolamento da vida real, devemos ter sempre claro o *caráter contrafático da idéia de felicidade*, isto é, a impossibilidade de defini-la *a priori*, mas apenas e sempre a partir da experiência de obstáculos concretos à realização de necessidades e valores vividos. A superação desses obstáculos conforma possibilidades para nossos ideais de felicidade, os quais retornam com poder normativo a nossas experiências e valores cotidianos. Na mesma linha desse traço pragmático, parece claro hoje que, embora se aceite que a felicidade humana seja uma experiência que se atualiza afetivamente de modo singular e pessoal, concebe-se que ela só se efetiva enquanto tal no âmbito de uma experiência compartilhada, isto é, no âmbito sempre relacional onde se conformam as experiências singulares das pessoas. Assim, entende-se que não há uma felicidade definível abstratamente, como um *a priori* universal e atemporal, que precisamos sempre apreendê-la com referência a práticas e valores socialmente construídos, nas diferentes formas e dimensões em que se validam enquanto tal – já desde o culturalmente tácito até a construção ativa

de consensos normativos. Essa compreensão, que não dissocia a dimensão individual da dimensão coletiva da experiência de felicidade e esta de seu caráter sócio-historicamente situado, é que orienta nossa discussão quando assumimos o Cuidado como uma proposta política, uma proposta *na polis e para a polis*.

Mas se felicidade, tal como acima entendida, enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e as práticas a ela relacionadas, resta saber como torná-la, efetivamente, um horizonte normativo para nossas ações cotidianas na produção do Cuidado. É nesse sentido que temos defendido como elemento orientador das práticas de atenção à saúde, em qualquer plano em que se as pense, o que chamamos de *projetos de felicidade* – de indivíduos, famílias, comunidades etc.

A referência a “projeto” remete a uma característica entendida como constitutiva do modo de ser (do) humano e que permite estabelecer pontes entre uma reflexão sobre o sentido da existência, em um sentido amplo, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. A ontologia existencial de Heidegger (1995) recorre à expressão Cuidado,³ para se referir à centralidade do *projeto* no modo de ser dos humanos, no modo de compreenderem a si e a seu mundo, no seu modo de agir e interagir.

Heidegger, ao reconstruir a ontologia como compreensão da existência baseada estritamente nos limites da facticidade humana, identifica na idéia de Cuidado o acesso à totalidade compreensivo-interpretativa do ser próprio do ser do humano (*ser-aí, da-sein*). Em sua busca por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste ser, ele mostra como o Cuidado elucida a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular da existência humana. 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

³ Note-se que na filosofia de Heidegger o Cuidado não remete ao sentido operativo do senso comum, menos ainda numa perspectiva médica, mas essa construção exerce um efeito iluminador sobre estes, como veremos.

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).

Com a fenomenologia hermenêutica e a analítica existencial, propostas em *Ser e Tempo*, Heidegger 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 realização do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que almejamos se realizar. É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a referir ao 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 da autocompreensão e da ação transformadora, constitutivas do seu ser-aí (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 (2004). Ainda que sem dialogar diretamente com a filosofia heideggeriana, mas reconhecendo-se como herdeiro desta tradição filosófica, Foucault traz subsídios preciosos, tanto para uma fundamentação genealógica da compreensão da existência humana como Cuidado, quanto para reconhecer as formas como o “cuidado de si”, desde as raízes gregas das sociedades ocidentais contemporâneas, passou a conformar o modo de ser ocidental. Gadamer (2006), por sua vez, numa série de ensaios sobre a saúde, demonstra como a totalidade hermenêutica de uma reflexão fenomenológico-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 mutua-

mente esclarecedor, o potencial hermenêutico de que se investe a noção de projeto para as práticas humanas, o que tem riquíssimas implicações para o desafio de reconstrução das práticas de saúde.

Heidegger nos mostra que o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante do si mesmo e desse mundo, elucidada (no sentido heideggeriano de “presentar-se”) pela idéia de Cuidado. Será justo, então, assumir que as práticas de saúde, parte desse estar lançado tanto quanto dos movimentos de sua reconstrução, também se elucidam como Cuidado. Assim, também no plano operativo das práticas de saúde, é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial e, enquanto tal, político.

O encontro terapêutico entendido como Cuidado certamente precisa de características técnicas peculiares. Assim que a relação terapêutica passa a se orientar por novos horizontes normativos, ao incorporar a preocupação ativa com os projetos de felicidade dos usuários, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a assegurar e repetir essa orientação. Dito de outro modo, na perspectiva de um efetivo Cuidado, o encontro terapêutico deve abrir a possibilidade de colocar o sentido instrumental das técnicas, isto é, o *êxito técnico* das ações de saúde, a serviço dos projetos de felicidade daqueles que demandam atenção, para que o encontro resulte em um *sucesso prático* (AYRES, 2001).

Esta distinção é relevante. O êxito técnico no controle de um risco, alívio de um sofrimento ou correção de uma disfunção transforma-se em sucesso prático se, e à medida que, vai ao encontro de um projeto de felicidade. Mas quando não considera esse projeto, ou vai de encontro a ele, a ação técnica está fadada a não ser legitimamente aceita ou adotada, não alcançando seu sucesso prático e, freqüentemente, sequer algum êxito técnico. O que é preciso perceber, então, é que o importante no Cuidado é a *permeabilidade da racionalidade técnica* da atenção aos aspectos não-técnicos que imprimem significado prático à sua aplicação. É esse diálogo que torna possível caminhar para formas progressivamente legítimas e efetivas de encontro terapêutico. A possibilidade de fazer dialogar a normatividade morfofuncional das tecnociências médicas com normatividades de outras ordens, oriundas do mundo da vida (HABERMAS, 1988), é o movimento que possibilita ressignificar a

saúde, os serviços, os profissionais, os encontros terapêuticos; é essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação das tecnociências da saúde que caracterizam o Cuidado.

Vemos, assim, que o conceito de Cuidado, tal como acima desenvolvido, mostra-se uma potente referência para enriquecer nossa compreensão e capacidade de transformação das práticas de saúde. Por isso, de aqui em diante nos referiremos ao *Cuidado* como uma *atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde.*

Cuidado em saúde: sabedoria prática e diálogo

O que permite a efetiva interpenetração de êxito técnico e sucesso prático no âmbito do Cuidado? Ou, dito de outra forma, o que possibilita, ou ao menos favorece, que os projetos de felicidade daqueles a quem atendemos se tornem, de fato, uma referência normativa para o desenvolvimento e a aplicação dos recursos instrumentais das tecnociências da saúde no cotidiano dos serviços? Esta é uma questão que precisamos responder para não cairmos no “beco sem saída” da busca de uma técnica “salvadora” da técnica ou, no sentido inverso, de uma irracional desvalorização da técnica como recurso para o Cuidado. A resposta vamos encontrar no conceito aristotélico de *sabedoria prática*, ou *phronesis*.

É preciso, antes de qualquer coisa, evitar o mal-entendido de uma leitura rápida, que tome a sabedoria prática no sentido de uma autoridade proveniente do uso reiterado de uma técnica. Embora Aristóteles aponte a experiência como fonte de sabedoria prática, não é ao adestramento possibilitado pela repetição que ele se refere quando a valoriza (BERTI, 2002). O filósofo é explícito em distinguir a prática da técnica. Estabelece, claro, relações entre elas mas distingue-as o suficiente para que não se perca a oportunidade de identificar diferentes ordens de contribuição que o escrutínio da razão pode trazer à busca da felicidade humana. A vida prática, ou práxis, reclama um tipo de saber próprio, uma esfera particular de racionalidade, cujo não-reconhecimento, segundo Aristóteles, empobrece as possibilidades de construir a Vida Boa.

“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, p. 59). No caso dos seres humanos, dotados de *prohairesis*, que significa capacidade de antecipação e escolha entre diferentes possibilidades para orientar seu modo de viver, a práxis se refere, fundamentalmente, à ética, à moral e à política.

À busca “científica” das boas práticas, no sentido aristotélico de conhecimento pelas causas, Aristóteles denominou *filosofia prática*. Sobre esse tipo específico de saber, afirma Gadamer (1983, p. 61): “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 *praxis*. Neste sentido, se encontra perto do saber especializado da *techne*. 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 *techne*, 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” (GADAMER, 1983, p. 60-61).

Essa especificidade, à qual Gadamer faz referência, impõe certos cuidados no tratamento conceitual da sabedoria prática. Trata-se da estreita relação com a práxis que define mesmo qualquer sabedoria deste tipo; esta 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 contingentes. Esta condição é, de resto, muito avizinhada àquela vivida pelas chamadas ciências humanas, as quais têm raízes filosóficas compartilhadas com a tradição da filosofia prática (GADAMER, 2004). Não obstante, e de maneira análoga ao que acontece nas ciências humanas contem-

porâneas, o saber originado da busca das melhores soluções nas diversas situações concretas tem em seu horizonte sempre a referência à aspiração de um bem comum, a um modo de viver compartilhado que se mostre o melhor possível. Por isso, precisa demonstrar-se bom por meio de argumentação racional e evidências concretas. Isso determina uma chancela a totalidades compreensivas de situações práticas que podem mostrar-se válidas e fecundas em contextos diversos, alcançando nessa condição, o estatuto de um conhecimento verdadeiro, capaz de orientar uma reflexão crítica com pretensões de validade que extrapolam seu contexto singular de origem. Por isso Gadamer aponta como herdeiras contemporâneas da tradição da filosofia prática algumas expressões das chamadas ciências humanas e a hermenêutica filosófica.

Mas ainda que haja hoje uma tradição filosófico-científica que dialoga mais imediatamente com a práxis, e dependa mesmo dela, reconhece-se, seja em Aristóteles, seja nas ciências contemporâneas, que a *sabedoria* prática não se confunde nem com o tipo de verdade produzido por esses saberes (não é pura *episteme*) e nem com produtos gerados de forma sistemática pela aplicação desse tipo de conhecimento (não é pura *technne*). Ela diz respeito a uma capacidade mesma de saber guiar-se rumo às melhores escolhas frente às contingências da vida: “Aristóteles explica que a ação (práxis) tem como princípio a “escolha” (*prohairesis*), a qual é resultado do encontro entre o desejo de chegar a certo fim e o cálculo dos meios necessários para alcançá-lo, ou “deliberação”. Quando o desejo é reto, isto é, é voltado a um fim bom, e o cálculo verdadeiro, quer dizer, quando indica os meios realmente necessários, tem-se a “verdade prática” (BERTI, 2002, p. 144-5).

Assim é que, junto às finalidades técnicas e meios científicos das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos e objetividades, há que se buscar os bons critérios relativos à antecipação, escolha e negociação de uma Vida Boa, ou o que chamamos de *projetos de felicidade*, que justificam e realizam o Cuidado. Sob a égide desta recuperação da dignidade de uma sabedoria prática, tanto a proposição quanto a avaliação das práticas de saúde devem estar atentas a questões do tipo: “Como aparecem 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?” (AYRES, 2001, p. 71).

Coerentes com esse enraizamento da sabedoria prática no mundo vivido, aproximemo-nos do conceito de sabedoria prática aplicada à saúde a partir do modo como ela se apresenta no ato mesmo de cuidar. Vejamos como a sabedoria prática amalgama *praxis* (sucesso prático) e *techne* (êxito técnico), tomando como referência o espaço de um encontro terapêutico interpessoal, como uma consulta médica, uma consulta de enfermagem, um atendimento psicológico etc.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade do amálgama entre sucesso prático e êxito técnico num encontro terapêutico seja o privilegiamento da sua *dimensão dialógica*, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir aquele a quem queremos destinar nossas boas práticas, e ser por ele ouvido. É preciso tornar possível ao profissional, ao ouvir e fazer-se ouvir, compreender a si mesmo como sujeito em interação, não se conformando ao papel estrito, e exclusivo, de porta-voz da discursividade tecnocientífica.

A esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas reconstrutivas em saúde: o acolhimento (SILVA JUNIOR *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 norte das intervenções propostas, nas suas finalidades e meios, desde que não se reduza esse princípio a apenas (embora não seja simples) dispositivo simples de recepção ou pronto-atendimento. 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 potencializar diálogo.

É importante destacar que não é qualquer escuta que possibilita o efetivo diálogo, mas uma certa qualidade da escuta. É não qualidade no sentido de ser boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se busca 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 orientada à obtenção de subsídios objetivos para identificar um objeto de intervenção (a anamnese tradicional) e, assim, aspectos ligados à situação existencial do sujeito que procura a atenção à saúde serão considerados apenas elementos secundários, quando não ruídos. Quando, no entanto, se redefine o horizonte normativo para uma dimensão existencial, a escuta que se estabelece tende a ser de outra natureza, que não despreza a anterior, mas a requalifica. O que antes era subsidiário passa a ser a fonte primeira do sentido. As narrativas relacionadas ao projeto de felicidade dos que buscam o cuidado passam a ser a possibilidade de construir uma totalidade compreensiva na qual a interação terapêutica e os recursos técnicos disponíveis para diagnóstico, tratamento, prevenção e recuperação ganham valor prático. O que antes era “ruído” na comunicação, passa a ser evidência de um desencontro, de um diálogo que se busca estabelecer, mas que ainda não se realiza plenamente e que precisa ser resgatado.

Mas o diálogo no encontro terapêutico, promovido ou resgatado, depende de que ambas as partes aceitem participar, ou melhor, *decidam* fazê-lo. Essa decisão é outro traço bastante relevante na construção do Cuidado.

Diante de quaisquer circunstâncias, tomar uma decisão é, como sugere a ontologia existencial heideggeriana, agir *em-função-de* (HEIDEGGER, 1995, v. I, p. 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 de felicidade na decisão tomada. Decidir é deliberar, ao mesmo tempo em que remete a cortar – do latim *caedere* (CUNHA, 1982, p. 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 lugar destacado no Cuidado: responsabilidade e identidade.

Abrir um diálogo é assumir uma responsabilidade frente ao outro, no sentido de responder moralmente por algo. É o assumir radical das responsabilidades implicadas no Cuidado que permite ao terapeuta fugir à “comodidade”⁴ do estar fazendo “corretamente” a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho e abrir-se ao novo, no diálogo.

É também porque se responsabiliza pelo espaço da interação terapêutica que alguém que busca ser cuidado se propõe a investir energias e confiança em novos convites para sua também conhecida e segura (ainda que insatisfatória) relação com terapeutas e serviços. 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 ações.

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele da 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. O Cuidado ocorre se, e sempre que, cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogam acerca de como e quanto assumem responsabilidades na busca dos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são partícipes desses compromissos.

O tomar para si determinadas responsabilidades implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois perguntar-se acerca de como e quanto se é responsável frente a alguém é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa na relação com o outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado é outro aspecto a que se deve estar atento na reconstrução das práticas de saúde.

⁴ Comodidade apenas no sentido de estar no que é familiar, mas em grande parte das vezes essa situação nada tem de confortável, sendo fonte de intenso sofrimento para o trabalhador da saúde.

Embora, insista-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 pelas nossas relações. 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 intersubjetivas 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, reconstruindo continuamente a percepção do si mesmo e do outro.

São muitas as implicações desses processos para o repensar e reconstruir das práticas de saúde, 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 de significados, de uma alteridade determinada em estreita relação com o modo como o usuário se identifica como paciente. Da mesma forma, o profissional de saúde também parte sempre de uma compreensão prévia de sua identidade como tal frente a esse outro que ele espera encontrar, o paciente. Portanto, quando se estabelece o encontro terapêutico, a interação não se 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 orientar a intervenção técnica pelo projeto de felicidade do outro, mais restritivo será o atrelar-se a identidades e comportamentos preestabelecidos. Será preciso, ao contrário, o estar-aí para o contingente; será imprescindível um processo compreensivo-interpretativo que estabeleça no e pelo diálogo a abertura à situação prática que (re)qualifica o encontro terapêutico, reclamando a sabedoria prática. Será necessária uma *fusão de horizontes*: tarefa hermenêutica primordial.

A hermenêutica como prática reflexiva do cuidado em saúde

É de dupla ordem a tarefa reflexiva que se impõe à hermenêutica, no sentido de reconstrução das práticas de saúde como Cuidado. De um lado, é preciso compreender os discursos tecnocientíficos hoje operantes na saúde; fazer sua hermenêutica para identificar como e por que moldam nossa pré-compreensão dos encontros terapêuticos; como e por que propiciam ou obstaculizam os diálogos necessários à transformação normativa das ações de saúde. De outro lado, é preciso construir saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento e de técnicas reclamadas pelos novos horizontes normativos do Cuidado, através da fusão de horizontes entre nossos discursos e proposições técnicas e os projetos de felicidade dos indivíduos e comunidades de quem cuidamos.

Embora a questão central da hermenêutica filosófica, tal como desenvolvida por Gadamer, não tome como objeto de investigação qualquer ação social concreta, parece claro que também faz parte dos seus fundamentos um compromisso prático de transformação que gera a necessidade de compreensão do outro. O princípio de *applicatio*, por exemplo, segundo o qual o “fazer falar de novo” que, segundo a hermenêutica filosófica, caracteriza qualquer movimento de interpretação/compreensão de fatos ou construtos relativos aos humanos, afirma que a interpretação depende das motivações práticas de um sujeito intérprete situado politicamente. Também a assunção de que o modo de proceder hermenêutico é o de uma contínua conversação, onde a “dialética de pergunta e resposta” vincula toda interpretação às perguntas que movem o intérprete, nos dão conta da inexorável presença da reflexão crítica na filosofia hermenêutica: “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, p. 216).

Com efeito, uma hermenêutica das práticas de saúde nos permite rever a impressionante penetração de conceitos e métodos das ciências empírico-analíticas e das tecnologias no campo da saúde ao longo do século XX, 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 XX, 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. Aproximações hermenêuticas à questão talvez permitam avançar mais efetivamente do momento negador dessas críticas a posturas mais ativamente reconstrutivas (AYRES, 2005; CAPRARA, 2003; SVENAEUS, 2000). Ao vincular-se à identificação, em contextos concretos de práticas, das perspectivas subjetivas e dos critérios normativos 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 entre profissionais e usuários de serviços, estabelecendo novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução.

Não menos importante, contudo, é a segunda tarefa reconstrutiva 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 propiciadores da construção de novos discursos.

Se, como a hermenêutica nos permite compreender, todo projeto de felicidade obstaculizado pelo adoecimento ou por qualquer tipo de preocupação ou carência ligado à saúde, sugere a problematização de algum aspecto da experiência vivida pelos sujeitos em interação no Cuidado, 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 reconstrução normativa das práticas de saúde. 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; FRANCO, 1999), 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 ainda relativamente pouco ouvidas aí, como a Antropologia, a Sociologia, a

História, 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 o 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, p. 26).

A hermenêutica mostra, assim, seus potenciais para a reflexão necessária à contínua reconstrução crítica do Cuidado na dupla dimensão acima apontada – a metadiscursiva, de compreensão crítica das tecnociências da saúde, e aquela a que poderíamos chamar aqui de interdiscursiva, no sentido de uma abertura à interpenetração e recriação de saberes técnicos e saberes práticos. Não se trata, porém, apenas da disponibilidade técnica ou epistemológica de uma metodologia. A hermenêutica refere-se a uma espécie de ponto de partida filosófico. Trata-se mesmo do convite a uma aposta consequente 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 instrumentalidade construída pelas ciências biomédicas, mas incluam de modo substantivo a reflexividade da racionalidade prática. 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-responsáveis pelo cuidado em saúde.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde*. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BERTI, E. *As razões de Aristóteles*. São Paulo: Loyola, 2002.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 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*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.
- CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2004.
- GADAMER, H.-G. Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia. In: ALMEIDA, C. L. S.; FLICKINGER, H. G.; ROHDEN, L. (Orgs.). *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 13-26.
- _____. Entrevista a Philippe Forget e Jacques Le Rider. In: _____. *Entrevistas do Le Monde: Filosofias*. São Paulo: Ática, 1990. p. 211-221.
- _____. 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.
- _____. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa I-II*. Madrid: Taurus, 1988.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. v. I-II. Petrópolis: Vozes, 1995.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ONOCKO-CAMPOS, R. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

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. 113-128.

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

SVENAEUS, F. *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps toward a philosophy of medical practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2000.

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

A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde

ISABEL BRASIL PEREIRA

A questão central pensada neste estudo pode ser assim resumida: de que maneira a educação pode fortalecer o sentido do cuidado na saúde na sua valorização ética e política? Partindo da premissa de que as condições concretas de trabalho, na sociedade capitalista, reforçam o conformismo e embruteçam os homens (ADORNO; HORKHEIMER, 1995) e da contribuição do pensamento marxiano ao mostrar que o capitalismo é, e gera, trabalho alienado, delimitamos a análise da referida questão, nos debruçando sobre as indagações: em que medida pode-se perceber o caráter de produção de valor no cuidado na saúde? Que características no cuidado na prática em saúde podem funcionar como resistência à influência e à incorporação deste trabalho como valor de troca, como mercadoria e alienação? Quais caminhos a educação pode fazer na construção ética e política do cuidado na saúde?

Ao nos debruçarmos sobre as questões acima enunciadas, uma primeira suspeita é pertinente sobre a análise do cuidado da saúde como valor: é possível a utilização de noções como trabalho produtivo¹ (valor de uso associado a valor de troca) e trabalho improdutivo para se refletir o cuidado na saúde? Será que a própria reflexão que tem como base a referida noção não dá uma conotação de admissão do cuidado da saúde como um objeto externo, partindo então da

¹ Trabalho produtivo, para Marx, é o que – no sistema de produção capitalista – produz mais-valia para o empregador ou que transforma as condições materiais de trabalho em capital.

premissa de sua coisificação? É possível que a noção de valor, pensada por Marx para revelar por que o capital existe e, a partir, portanto, do conhecimento da Economia, ajudar a explicitar questões de ordem predominantemente subjetiva?

A seguir, argumentamos que os conceitos mencionados são pertinentes para se pensar o cuidado na saúde, na medida em que:

a) No trabalho em saúde, observam-se as seguintes características:

- Específicas e universais, como todo o trabalho, o que significa que, no que tange às características universais, o trabalho em saúde, no capitalismo, contém seu duplo caráter, manifestado como trabalho concreto e trabalho abstrato.

Ao explicitar nas ações em saúde, no trabalho e no cuidado na saúde, influências comuns a todo o tipo de trabalho sob a égide do capital, vamos lembrar Marx (1999), ao argumentar que a mercadoria, que entende ser a existência molecular do capital, num primeiro momento é valor de uso, portanto, voltado para a satisfação de necessidades humanas, mas que se torna valor de troca. Portanto, como explicita Pena Castro (2006, p. 263):

Marx define sua dupla realidade, a unidade de valor de uso e valor de troca, como formas de expressão de uma unidade mais profunda: o trabalho no seu duplo caráter, trabalho concreto (que se manifesta no valor de uso) e trabalho abstrato (que se manifesta no valor de troca).

O trabalho abstrato é o trabalho alienado da sociedade burguesa, e do ponto de vista da alienação econômica do trabalhador assalariado, trata-se de tirar do trabalhador o controle do trabalho e o “produto do trabalho”.

- Embora se possa analisar que é trabalho improdutivo, o trabalho em saúde é também exercido em instituições privadas, gerando mais-valia para os proprietários das empresas, caracterizando-se na relação profissional da saúde/dono do estabelecimento privado como trabalho produtivo, e como trabalho improdutivo na relação profissional da saúde/ sujeito a ser cuidado.
- a subjetividade sofre influência da ideologia, pois o processo de individuação ocorre em sociedade.

- A produção imaterial² e o trabalho improdutivo têm, cada vez mais, estreitado sua relação com a subsunção ao trabalho produtivo na sua acepção clássica.
- Nas análises marxianas, os conceitos de trabalho produtivo e trabalho improdutivo, e o próprio valor útil de trabalho, são analisados pela forma social do capital, não tendo como fundamental o seu conteúdo.

Além disso, como explica Lalande (1999, p. 1.190), o primeiro uso “técnico” que foi feito da palavra “valor” (excluindo o das matemáticas) *foi o da economia política. Foi daí que ela foi transplantada para a linguagem filosófica contemporânea.*

Sentido e abordagens do cuidado na saúde

A respeito do sentido do cuidado, lembremos que o sentido se constrói socialmente, de forma conflituosa. Pode-se afirmar que, em diferentes vertentes do pensamento crítico sobre a Saúde e a Educação, a questão do sentido, na vida social e histórica, é central. É assim em Marx e seus seguidores, passando por todos os ramos da Teoria Crítica. Portanto, o sentido nunca é neutro, transparente, diretamente acessível à consciência do sujeito (PEREIRA, 2002).

Análises sobre as abordagens do cuidado em saúde têm sido elaboradas, o que nos ajuda na explicitação dos sentidos a ele atribuídos. Análises que apontam vertentes acríicas – endossando a exterioridade da técnica, a razão instrumental, a heteronomia do trabalhador da saúde, e o cuidado com características cada vez mais de valor de troca (mercadoria); e as vertentes críticas da construção desde sentido – fazendo sua negação aos argumentos expostos nas vertentes acríicas, tentando superá-las, a partir de características de humanização,³ intrínsecas às ações de saúde, chegando inclusive à necessidade de se pensar a integralidade na saúde⁴ como fator fundamental para essa superação.

² A produção imaterial, para Marx, é aquela em que a produção é inseparável do ato de produzir, como sucede aos trabalhadores da saúde, da educação, e na relação destes com os usuários.

³ Não se trata do termo *humanização* para designar as “políticas de humanização”, hoje foco de debates. Trata-se, no caso, de entender humanização como processo civilizatório.

⁴ Ver estudos de Pinheiro e Mattos (2001) e Ayres (2004).

Buscando apreender a construção do sentido do cuidado na saúde, e visando à denúncia da ideologia desse cuidado como produção de valor, vamos nos reportar, primeiramente, a idéias presentes nas diversas concepções, a saber: do senso comum; na visão idealista e ingênua presentes em diversas abordagens, e nas manifestas pelos arautos do capital. Convém avisar que as duas primeiras mencionadas são aqui entendidas como hegemonicamente possuidoras de idéias de reprodução da ideologia do cuidado na saúde como valor, da alienação e do embrutecimento, mas, ao mesmo tempo, contendo elementos com possibilidades de resistência ao instituído. Já as idéias presentes nas manifestas pelos arautos do capital são aqui percebidas como parte ideológica da produção e reprodução do cuidado, possuindo um sentido único, ou seja, tendo como meta as práticas na saúde como mercadoria.

A alienação e a coisificação a que é submetido o trabalho humano no capitalismo – estando, portanto, presentes na saúde – se revelam no cuidado mesmo que entendamos que não da mesma maneira que no trabalho produtivo. A alienação na sua totalidade – nas dimensões objetivas e subjetivas – acirra a produção de um cuidado na saúde coisificado e colabora para o embrutecimento das relações sociais ali engendradas. Isso porque a subjetividade está intrinsecamente atrelada às condições objetivas da relação capital e trabalho, e é moldada para uma relação impessoal e/ou de domínio sobre o outro.

Significativos estudos refletem as condições objetivas atuais, no que tange à relação capital-trabalho, analisando o processo de desenvolvimento do capitalismo mundial sob a égide do capital financeiro, a chamada reestruturação produtiva, a precarização do trabalho, o desemprego, configurando a “*crise estrutural do capital*” Esses processos afetam a subjetividade do trabalhador, aprofundando o sofrimento, a angústia, o medo do desemprego, a competitividade e a individualidade.

Ressaltando a contribuição do pensamento crítico sobre a sociedade e o homem que a constrói (que tem nessa sociedade o lugar das suas construções e criações) Lessa (2004) reitera que os seres humanos são as relações que estabelecem entre si, assim como os indivíduos são as conexões que estabelecem com a história. A partir da reflexão de que a desumanidade do capitalismo não está apenas na desigualdade social, mas também no fato de promover uma sociedade onde o “hu-

mano não tem lugar, onde o que não pode ser incluído como lucro está fora de lugar e ultrapassado” e no estímulo à competição desenfreada, prossegue o referido autor, reafirmando que o que marca o processo de individuação, hoje, é a destruição do humano, acirrando a promoção do individualismo, que pode ser definido *como o indivíduo que se constrói socialmente contra todos os indivíduos* (LESSA, 2004).

No mesmo sentido, dizemos que o coletivo passa a ser a soma de indivíduos, sem interações significativas entre seres humanos do ponto de vista civilizatório e portanto de humanidade. Isso gera cada vez mais solidão e embrutecimento como formas de reagir à solidão e ao sofrimento. Neste sentido, a moral é límpida: as condições objetivas do capitalismo, hoje, geram o que Sennett (1999) chama de *a corrosão do caráter*, um empobrecimento ético, uma degradação no mundo dos valores que, bem ou mal, podia existir nas etapas anteriores do capitalismo.

O cuidado na saúde traduz as influências cruzadas e contraditórias das condições objetivas também em embrutecimento e desumanização. Destarte, a respeito do trabalho em saúde, nos arriscamos a dizer que se hoje o avanço da ciência e tecnologias – que em outro contexto e projeto de sociedade melhoraria a assistência – trouxe junto a instrumentalização, acentuando o mundo fetichizado da mercadoria, que agora inclui o próprio corpo humano e a saúde, numa escala impensável. No mesmo sentido, abre espaço cada vez mais para o já explicitado fenômeno da “medicalização da saúde”, que tem em determinadas ações do cuidado um campo fértil.

Que fique claro que não se trata de condenar todo e qualquer desenvolvimento da ciência e avanço da tecnologia, tendo em vista sua possibilidade de evitar e aliviar sofrimentos e salvar vidas. O que negamos é a utilização desse desenvolvimento sob a égide da razão instrumental e sob a forma do capital, que na sua ânsia de transformar trabalho vivo em trabalho morto, de substituir, desloca o sentido do trabalho com valor útil, ético e político à vida em trabalho produtivo. Convêm chamar a atenção que, nesse caminho, mesmo o próprio trabalho improdutivo, como pode ser encarado o trabalho em saúde (visto que não gera mais-valia, mas está sob a forma histórica capitalista) também sofre mudanças, ou seja, cada vez mais adquire características de trabalho produtivo num processo que pode-

mos chamar de potencialização da produtividade do trabalho improdutivo da saúde.

O trabalhador que se dedica ao cuidado na saúde vive um cotidiano de trabalho difícil, onde lida com o sofrimento do outro, somado à baixa auto-estima, pela negação da valorização das suas ações e o baixo salário. Sofre, portanto, a influência e a pressão, percebida ou não, consciente ou não, elaborada ou apenas intuída, a depender do caso, das condições objetivas de determinações sociais, políticas e psicológicas cruzadas e contraditórias:

A começar pela desvalorização do projeto público e universal de saúde, da tradição também pública da medicina brasileira e da própria visão de uma medicina preventiva, ao invés de apenas curativa e invasiva. Continua sofrendo essa influência porque trabalha em ambientes empobrecidos, nos quais muitas vezes faltam os equipamentos e medicamentos básicos. Mais do que isso, indiquemos a importância da estrutura burocrática dos serviços de saúde, muitas vezes fechada e hierárquica, pouco capaz de absorver o conhecimento tácito que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. (PEREIRA; STAUFFER, 2006).

Nesse sentido, enfatizamos que a análise materialista e dialética do processo de adaptação ao existente exige não ignorar a *dimensão ao mesmo tempo objetiva e subjetiva desses processos*, ou seja, as condições materiais e objetivas de trabalho, de aprendizagem, de formação e de qualificação técnica como algo inseparável da dimensão subjetiva desses trabalhadores.

Formação e o sentido do cuidado como valor social, político e ético

Ao modo dialético, procuramos explicitar a possibilidade da formação dos trabalhadores (sem perder de vista os limites da educação, para não sermos idealistas e voluntaristas) de recuperar, aguçar e de se constituir como resistência⁵ ao cuidado como valor (mercadoria e coisificação) promovido pelo capitalismo. Isso porque entendemos a Educação e também a Saúde como práticas sociais, e que, portanto, cada uma delas significa luta entre projetos distintos de sociedade.

⁵ O conceito de resistência que adotamos é o da reflexão de Michel Foucault, que a entende não só na sua dimensão reativa, mas também como criação, como instituinte de possibilidades.

Nesse sentido, o projeto de sociedade que vislumbramos (o pensamento crítico nas suas mais variadas tendências) parte da necessidade do processo de formação dos trabalhadores, num primeiro momento, negar o existente, o hegemônico, e as condições de adesão à forma da sociedade atual que, na maior parte das vezes, tem suas evidências nefastas naturalizadas.

Negar o existente, com inspiração em Adorno, significa que por essa via negativa, a tarefa do pensamento é evitar a reconciliação com o existente, a integração positiva à ordem violenta da dominação, perdendo com isso seu potencial crítico e sua capacidade de apontar para a emancipação, para a felicidade, para a vida não-mutilada. Trata-se ainda de pensarmos junto com a Teoria Crítica,⁶ mais precisamente com Adorno,⁷ a partir da denúncia do que ele chama *semiformação*:

Semiformação, para Adorno, é a determinação social da formação na sociedade contemporânea capitalista. Na perspectiva de Adorno, a sociedade deve ser apreendida em seu processo de reprodução material como reificação, mediação socialmente invertida. Cabe à teoria ir além do momento subjetivo da coisificação, ao decifrar as determinações objetivas da subjetividade. Não basta só revelar o sujeito por trás da reificação: ele é também socialmente determinado na adequação ao vigente, como sujeito que se sujeita e não experimenta as contradições sociais da produção efetiva da sociedade, ocultas ideologicamente na ordem social imposta pela indústria cultural. A educação não é idealista, para a emancipação, mas dialeticamente baseada na crítica à semiformação real e se orienta por possibilidades presentes, embora não concretizadas, na experiência das contradições da formação social efetiva. (MAARS, 2003).

⁶ A Teoria Crítica representa muito bem a corrente forte e heterodoxa do marxismo ocidental, que escapa dos dogmatismos... Tratava-se, portanto, de não reproduzir esquemas mecânicos e fechados, incapazes de entender a dinâmica dos processos sociais e históricos em curso, e sim de construção de modelos críticos negativos e contraditórios, mediados e dialéticos, em que o pensamento não sucumba ao fetiche da totalidade fechada, à vida social alienada, às várias formas que a dominação assume em nossa época, evitando as ilusões, extremas e complementares, de um mundo objetivado e sem fissuras e de uma subjetividade plena, isolada e provedora de sentido ao mundo.

⁷ Em Adorno, com esse modo de pensar os termos do debate, fazendo uso da retórica da dupla negação (nem/nem), os problemas sofrem um deslocamento marcante: nem relativismo, nem dogmatismo; nem subjetivismo, nem razão objetiva; nem o primado positivo (do objeto, da práxis), nem o primado ilusório da subjetividade isolada e hipostasiada de maneira idealista, desfazendo a inevitável tensão dialética entre a parte e o todo, os fragmentos e o todo, os dados isolados e sua relação com o mundo administrado na época do capitalismo.

Qualquer projeto de formação de trabalhadores na saúde que objetive se contrapor à “semiformação” deve combater a ideologia das ações de saúde como mercadoria, e o embrutecimento que daí resulta, em menor ou maior grau, para os trabalhadores, nesta forma histórica chamada capitalismo. A velha e boa dialética nos permite compreender que ao mesmo tempo em que encontramos a reprodução ideológica no cuidado na saúde, ela mesma contém, na sua própria constituição e essência, o ato de um ser humano compartilhar necessidades de outro, e isso aponta possibilidades de que a educação do trabalhador da saúde aguçe a resistência a uma conduta heterônoma e ao embrutecimento.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que a maioria dos trabalhadores da saúde, que exercem o cuidado, é de profissionais de nível fundamental e médio, relegados historicamente, na divisão social do trabalho, a ocupar um lugar subalterno de profissão pouco valorizada. Em passado recente, a expansão maciça do modelo hospitalocêntrico e a ampliação da rede privada de serviços de saúde ocasionaram a necessidade de aumentar o número desses trabalhadores, a quem eram destinados meros “treinamentos”. Esses treinamentos instrumentalizavam apenas um pouco mais esses trabalhadores, mas sem romper a lógica da naturalização dessas ações.

Na década de 80 do século XX, apesar de não atingirem um contingente necessário de trabalhadores, podemos assinalar a concepção ensino em serviço (por requerer escola e escolaridade para esses trabalhadores, e a utilização do trabalho como princípio pedagógico) e a politecnia (requerendo escola, escolaridade, trabalho como princípio educativo, ensino integrado) como instrumentos técnico e político de valorização do trabalhador de nível médio e fundamental da saúde. Do ponto de vista da formação profissional, hoje, observa-se ainda que significativa parcela desses trabalhadores recebe apenas um “treinamento” específico, muitas vezes adquirido no dia-a-dia do serviço, sem muito estímulo para absorver novas qualificações; sem ter recebido qualificação ou formação, humanista e psicológica, para lidar e elaborar essas dimensões difíceis e extremas da condição humana.

Em relação aos profissionais de saúde de nível superior, a formação universitária apresenta hegemonia de currículos regidos pela razão instrumental, e reforçada no ideário tecnicista da educação. A

preparação das qualidades sensíveis dos sujeitos para o cuidado é nenhuma, restando assim, como os demais trabalhadores da saúde, o embrutecimento, para escapar ao sofrimento que a solidariedade e a identificação com o semelhante pode causar. Embrutecer pela heteronomia, pela alienação, pela fria funcionalidade burocrática e técnica do trabalho.

Talvez seja ocioso acrescentar que esses processos cotidianos empobrecem e mutilam os sujeitos trabalhadores, acentuando o sentido prático e imediato do trabalho e, com certeza, relegando à irrelevância as dimensões sensíveis e qualitativas da experiência humana. Que de fato exista humanização, afeto, compaixão e respeito humano nesses contextos é algo que se deve às qualidades individuais dos sujeitos, não a projetos humanistas e emancipadores. (PEREIRA; STAUFFER, 2006).

Seguindo as perguntas de Adorno (2003) – *a que a educação deve conduzir? educação para quê?* – de imediato respondemos que ao fortalecimento de um processo de individuação contrário ao individualismo, a favor de qualidades individuais que garantam o respeito ao outro (quer seja este outro um sujeito ou um projeto outro de sociedade). Na formação em saúde isto inclui também conhecimento técnico qualificado. Para tanto, devem ser fortalecidas concepções e propostas pedagógicas que não banalizem o conhecimento técnico-científico e que, ao mesmo tempo, promovam a adesão a um projeto de mundo e de sociedade, ético e político, que auxilie a emancipação dos sujeitos.

Já na obra de Marx, principalmente nos *Manuscritos Econômico-Filosóficos*, há menção a uma humanidade possível, emancipada, de sujeitos inteiros, chegando a uma história de fato humana. Indica a necessidade de se pensar o processo de individuação, a crítica à mutilação das melhores qualidades, às fragmentações, à estranheza e alienação a que são submetidos os sujeitos – trabalhadores, mas não apenas, posto que essa renúncia à autonomia e à liberdade que atende pelo nome de alienação diz respeito à quase todos os grupos sociais. Entendendo a individuação como processo que ocorre em sociedade, o sujeito como histórico e que é o ser concreto das relações sociais que produz o pensamento, o grande mestre da suspeita centrará suas análises nas condições objetivas, na forma que mantém o capitalismo.

É recorrente em análises sociais, do século XIX até os dias atuais, que essa mutilação das melhores qualidades dos sujeitos só tem aumentado. Mesmo com risco de idealizar o passado, chamamos atenção para o fato de que a dimensão da vida comunitária, cultural, política e esportiva era mais visível. Isto não significa ignorar que os trabalhadores eram submetidos a jornadas de trabalho enormes, ambientes insalubres e outras formas e estratégias de dominação, nem tampouco desconhecer que a subjetividade do trabalhador também era construída sob a lógica ideológica, com valores dominantes. Porém, a vida cotidiana no bairro, na rua, no bar, no clube, nas associações, nos sindicatos, nos esportes, enfim, numa sociabilidade rica e diversa daquela vivida pelo burguês abastado em seus bairros, somada à possibilidade, gerada nas contradições da expansão do capitalismo, de transformações a favor dos trabalhadores, faziam parte do imaginário social, gerando sociabilidade e uma resistência maior ao processo de desumanização nos sujeitos.

Nos dias atuais, a “vida administrada”, conforme Theodor Adorno, a competitividade, a mercadoria e seu fetiche, o *empobrecimento da vida urbana*, para lembrar aqui Walter Benjamin, somados às já existentes dominação e alienação, fizeram com que o embrutecimento dos sujeitos ficasse cada vez mais presente. Ou seja, a vida social e cotidiana alienada como um *outro*, uma *estranheza*, uma distância a separar os sujeitos daquilo que eles mesmos criaram.

Antes de mais nada, a poderosa presença da comunicação de massa e da indústria da cultura, absorvendo e orientando os desejos das massas trabalhadoras, em favor do individualismo associado ao consumo e ao sucesso material. Em seguida, o enfraquecimento da vida política no mundo do trabalho, quer dos sindicatos, quer das outras formas possíveis de gestão e auto-organização, posto que a violência premente de sobreviver, de não ser excluído do mundo do trabalho, tornando-se obsoleto, descartável e inútil, mobiliza muito tempo e muita energia. (PEREIRA; STAUFFER, 2006).

Se antes a grande parte das ações do cuidado na saúde era exercida em nome do sacrifício e da expiação da culpa, dificultadas pelo pouco avanço técnico, tecnológico da ciência, hoje pode-se afirmar que, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia está servindo à dominação, ao endurecimento das relações entre profissionais e sujei-

to/população. Quanto à pecha do cuidado como sacrifício e expiação da culpa, observamos que, na hipótese de terem perdido espaço nos serviços de saúde, esses sentimentos não foram superados como o desejável, ou seja, em favor de um compromisso ético, político, público e social com outro ser humano e com a sociedade. Houve, sim, um aprofundamento da alienação com o outro, aliado ao esvaziamento da solidariedade e do caráter público e coletivo.

Diante deste cenário, para avançarmos na questão recorrente – como pode a educação contribuir para o valor ético das ações de cuidado na saúde – pensamos novamente com Adorno, para quem, como explicita Maars (2005, p. 22) “vincular a educação a um tal sentido ético não passa pelos bons conselhos ou pelo aperfeiçoamento moral, mas implica a necessidade de intervenções objetivas, materiais”. Convém ressaltar que Adorno (2005) traz esse caminho, ao pensar no que pode a educação fazer para que Auschwitz não se repita, portanto pensando condições de existência e reprodução de uma das manifestações mais extremas da barbárie. Mas, como nos diz Maars (2003, p. 22) “Tais condições não formam um acaso fortuito, mas correspondem ao desenvolvimento necessário da racionalidade social no capitalismo tardio”.

Podemos assim ter pelo menos como tarefa a ser defendida que, com as devidas mediações, há que se fazer intervenções objetivas, no âmbito da educação dos profissionais que exercem o cuidado na saúde, para que no plano das condições subjetivas, possam assumir o teor ético, político, a favor da humanização, a solidariedade, e portanto o lado civilizatório dessas ações. Esse teor e características civilizatórias são obscurecidos pelas condições objetivas do capitalismo e pelo reforço que a semiformação lhes fornece.

A contribuição da educação dos profissionais da saúde a favor do cuidado como valor ético e político não pode se restringir, como afirma Maars (2003, p. 16), ao comentar o pensamento de Adorno:

à formação da consciência de si [...] é preciso escapar das armadilhas de um enfoque “subjetivista” da subjetividade na sociedade capitalista burguesa. A “consciência” já não seria apreendida como constituída no plano das representações, sejam idéias oriundas da percepção ou da imaginação ou da razão moral. A consciência não seria “de”, mas ela “é”. Seria apreendida como sendo experiência objetiva na interação social e no âmbito do trabalho social.

Concordando com Marx, que já havia desvelado os determinantes da dissolução da experiência formativa, e que “as relações sociais não afetam somente as condições de produção econômica e material, mas também interagem no plano da subjetividade” (MAARS, 2003, p. 19), Adorno, para quem a superação das condições objetivas se torna inviável enquanto persistir o capitalismo, admite que há possibilidades da educação se voltar para a emancipação. Nesse caminho, o filósofo alemão reflete sobre a crise na relação trabalho e educação e enfatiza o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, que capturado pelo capital, “dissolve a experiência formativa a partir do trabalho social nos termos vigentes” (MAARS, 2003, p. 19).

Adorno ajuda a pensar a formação profissional para o cuidado na saúde quando valoriza a experiência imediata da realidade como fundamental para um nível qualificado de reflexão. Segundo o filósofo, o conceito de racionalidade ou de consciência é apreendido, em geral, de um modo estreito, só como capacidade formal de pensar:

Mas aquilo que caracteriza propriamente a consciência é o pensar em relação à realidade, ao conteúdo – a relação entre formas e estruturas de pensamento do sujeito e aquilo que este não é. Este sentido mais profundo de consciência ou faculdade de pensar não é apenas desenvolvimento lógico formal, mas ele corresponde literalmente à capacidade de fazer experiências. Eu diria que pensar é o mesmo que fazer experiências intelectuais. Nesta medida, a educação para a experiência é idêntica à educação para a emancipação. (MAARS, 2003, p. 151).

Que não se confunda a educação para a experiência, defendida por Adorno, com a tese de que “só conheço o que experimento”, tão proclamada por Dilthey, que instrumentaliza a prática e a torna absoluta. Não à toa Adorno ressalta o pensar como experiências intelectuais, que podem levar à criação e à transformação do existente. Portanto, o entendimento da educação e da experiência como termos solidários, inseparáveis, mas inseridos no que ele denomina de experiência a capacidade de refletir, ressaltando como indispensável para sua realização o conhecimento teórico. Dito de outra maneira, a aptidão, a experiência e um alto grau de reflexão são inseparáveis no educar para a emancipação. Adorno argumenta que a constituição da aptidão à experiência consistiria essencialmente na conscientização e

concorda que a educação para a experiência é pressuposto para o aumento do nível de reflexão.

Para a formação em saúde, a discussão do sentido que a experiência adquire é importante na medida em que sabemos que se, por um lado, a prática nos serviços de saúde é necessária e indispensável, por outro temos que negar que só ela forma, qualifica os trabalhadores. Pois, se assim fosse, os meros “treinamentos” em serviço dariam conta da formação que vislumbramos. E não é isso que a realidade nos mostra. Portanto, de maneira enfática, é preciso defender não só a escolarização dos trabalhadores da saúde, mas uma educação e escolarização contra a existente e que se aproprie de conhecimentos da ciência e da técnica a favor das tecnologias sociais – aqui explicitada como tecnologias voltadas ao bem-estar do indivíduo e da população. Ou seja, orientar as possibilidades dos frutos do desenvolvimento científico e tecnológico que não atendam aos fetiches e demandas do capital, e sim às reais necessidades da saúde coletiva.

No sentido de conferir à educação uma certa objetividade, há que se vislumbrar características do cuidado na saúde que possam contribuir como resistência (reação e criação) à semiformação, e a um preparo técnico ruim dos trabalhadores. Pinheiro (2006, p. 73) nos diz que “o cuidado é um modo de fazer da vida cotidiana um trabalho que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas”. A produção do cuidado se dá no âmbito das relações sociais “exercendo efeitos e repercussões na vida dos sujeitos e se transformando em experiência humana” (p. 74). Podemos ainda explicitar que:

O cuidado consiste em um modo de agir que é produzido como experiência de modo de vida específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade. Daí o cuidado como ato, resulta da prática do cuidar, que ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro [...]. O outro é o lugar do cuidado (PINHEIRO, 2006, p. 74).

O cuidado na saúde requer entendê-lo como “o tratar, o respeitar, o acolher, o atender e ser humano em seu sofrimento – em grande

medida fruto de sua fragilidade social- mas com qualidade e resolutividade de seus problemas” (PINHEIRO, 2006, p. 75).

Sabemos que educar para a emancipação é “educar para o difícil”. No caso do cuidado em saúde, educar para o difícil é educar contra a corrente, contra circunstâncias e condições adversas ao alcance de uma resolutividade mínima, contra o endurecimento das relações sociais no trabalho, lidar com a impotência em relação ao sofrimento do outro. Nesse processo, tentar e tentar sempre recuperar o sentido do acolher, o respeito pelo outro e de acirrar a busca incessante da qualidade às ações prestadas ao outro. Neste sentido, o cuidado na saúde:

não é apenas um nível de atenção do sistema único de saúde ou de um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral com sentido e significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como “o direito de ser”. Pensar o “direito de ser” na saúde é ter “cuidado” com as diferenças dos sujeitos [...] é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo o usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia média a ser por ele utilizada (PINHEIRO, 2006, p. 75).

Educar para a dimensão integral do cuidado, como intervenção objetiva e material, significa, por exemplo, traduzir para os currículos e processos de formação em saúde o combate a semiformação a que os trabalhadores são submetidos na totalidade social, a denúncia da instrumentalização do saber científico, que introduz a lógica da razão instrumental e as demais questões com base na concepção da integralidade na formação profissional. Para tanto, não se pode abrir mão das reflexões oriundas das chamadas Ciências Humanas nesses currículos. A ausência de conteúdo curricular mais afeito a esses campos de conhecimento já traduz uma visão instrumental da concepção da formação profissional. No caso de cursos de formação profissional em saúde, que não seja o ensino técnico de nível médio integrado, nota-se essa ausência, quer estejam os currículos organizados sob forma de disciplinas, quer estejam em outras formas de organização curricular.

A defesa da presença de “disciplinas” ou espaços curriculares privilegiados para conteúdos das Ciências Humanas não significa que os mesmos tenham que ser inseridos apartados dos conteúdos técnicos. Referendar essa separação poderia ocasionar a fragmentação

do conhecimento, caso o professor não conseguisse fazer, através do método, a integração com outras áreas de conhecimento. O que estamos explicitando é a necessidade de uma abordagem política, filosófica, cultural, sociológica e do teor técnico mais específico do trabalho na saúde como condição para que o trabalhador se aproprie do cuidado na saúde no âmbito da integralidade.

Talvez a noção de politecnia, através de estudos que buscam incessantemente caminhos de atualizá-la para o presente, possa ajudar nesta explicitação. Saviani (2003, p. 142) chama atenção para o fato de que a politecnia

envolve a articulação entre trabalho manual e trabalho intelectual, implicando uma formação que, a partir do próprio trabalho social desenvolva a compreensão das bases da organização do trabalho na nossa sociedade e que portanto, nos permite compreender o seu funcionamento.

Sobre a questão curricular na politecnia, Saviani (2003) lembra que a interdisciplinaridade muitas vezes se torna justaposição. Ou seja, só termos disciplinas das Ciências Humanas nos currículos técnicos não basta. Nem tampouco, o fato de que ao se decidir sobre o currículo, chamar professores de todas essas áreas seria suficiente, ou ainda que ao se pensar uma questão, é acionado, de maneira privilegiada, o professor da disciplina ou área mais afeita da questão em pauta, pois já estamos pressupondo uma perspectiva parcial do conhecimento, contendo a idéia do especialista e do não-especialista. Também não será suficiente, nos lembra o autor, se são chamados a debater e a construir um currículo professores de áreas das humanas, da natureza e técnicas, e para reforçar a prática se coloca um profissional da saúde para ele colocar sua experiência a serviço do educando. Segundo Saviani (2003, p. 144), dessa maneira “também a idéia de politecnia não está sendo realizada”.

Embora admitindo que as formas de construção curricular, mencionados acima, já são uma busca por uma integração na formação do trabalhador da saúde, é preciso avançar mais para que o trabalhador da saúde seja educado para a integralidade do cuidado na saúde. Neste sentido, ainda com base em Saviani (2003), podemos vislumbrar nos eixos curriculares a centralidade do trabalho e o cuidado na saúde, buscando entender como o trabalho no seu sentido geral e o

cuidado na saúde, no geral e em suas especificidades, estão organizados hoje. Mais um eixo norteador fundamental será o constituído por conceitos centrais para as ações integrais de saúde, a qual projeto político ela se contrapõe e a necessidade da mediação entre o real e o possível, para que não se transmita um modelo ideal, com o qual o trabalhador no seu cotidiano não possa implementá-lo. Portanto, vislumbrando a já mencionada denúncia do que deve ser combatido nas situações que impedem o sentido do ato de cuidar como valor ético e político. De maneira integrada, esses eixos deverão atravessar todas as disciplinas do currículo. Enfim seria o que Saviani (2003, p. 143) pensa como os “diferentes elementos considerados necessários, teria que se dar como aprofundamento da compreensão do objeto, ou seja, como se constitui o trabalho” e o cuidado em saúde, hoje, e porque ele assume essas características e não outras, com base na sua totalidade, pensamos ser o caminho com mais possibilidade de avançar na integralidade do ensino e no cuidado integral de saúde.

Ainda no foco da construção do currículo para o cuidado integral na saúde, é sempre bom lembrar a necessidade da linguagem artística, como um lócus privilegiado para a educação dos sentimentos, dos sentidos e da sensibilidade. A arte, como possibilidade de combate à semiformação, nos leva a referendar sua importância nos currículos de formação técnica na saúde, como possibilidade de fortalecer a criação, e de pensar um outro projeto de cultura e de humanidade. A arte, portanto, como possibilidade de retirar esses trabalhadores do embotamento, de denunciar através de várias linguagens a cultura como mercadoria).

É bom avisar que a ênfase em que a formação dos trabalhadores sobre o cuidar na saúde contemple a arte não ignora o encantamento – portanto, o mito que muitos fazem a respeito da tese de a assistência à saúde ser misto de arte e ciência. Sobre essa outra face da relação arte e cuidado na saúde, também importante para a concepção de formação dos trabalhadores da saúde, onde se relacionam arte, ciência e tecnologia, pensamos com Ayres (2004, p. 83) que, sem negar o quanto de arte se tem no cuidado na saúde, ressalta, por outro lado, para evitar a ótica do referido encantamento, a necessidade de “problematizar de forma indissolúvel o par arte-tecnociência. Ou seja, o que devemos examinar é o significado desse lugar desta-

cado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência”. Seguindo nessa reflexão, nos diz ainda o autor:

Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo entre os seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam [...]. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento esquecem de se interrogar: poder de quem, poder porque, poder para quê? (AYRES, 2004, p. 83).

A presença da arte e da filosofia pode contribuir nos currículos da educação do trabalhador na medida em que a práxis transformadora, sabemos nós, é ação e reflexão, e requer suspeita do que parece natural, e uma resistência que contenha a criação como força geradora a instituir concepções de sociedade e de processos de que o indivíduo não sucumba ao coletivo, como heteronomia. Nesse caminho, lembremos que os processos de racionalização, de formação da consciência, para serem considerados civilizatórios, emancipatórios, requerem o conhecer, e que o pensamento filosófico lançou validade quanto ao entendimento de que o conhecer só se realiza quando nos aprofundamos nas causas do que estamos tentando entender, negar, superar.

A arte e a filosofia ajudam a educação dos sentidos, dos sentimentos, da sensibilidade – enfim, as qualidades sensíveis dos seres humanos. A negação da educação das qualidades sensíveis está presente mesmo no mundo grego clássico, onde já havia a oposição direta entre o cultivo das qualidades sensíveis do cidadão, e o mundo do trabalho como lugar da vida prática, manual e artesanal, útil e necessário para a vida da polis, porém subalterno e destinado a escravos ou estrangeiros. Não se esperava naquele “plano feliz de cidade” o cultivo sensível, espiritual e intelectual, daqueles que vivem a vida prática do mundo ligado ao trabalho, sobretudo manual. E isto numa época de promoção da vida pública, do conhecimento racional, filosófico, e da democracia.

O cuidado na saúde, a partir da totalidade, do que se constitui como síntese do diverso no trabalho em saúde, tem no pensamento filosófico ajuda para explicitar questões oriundas da separação entre as coisas sensíveis (mundo sensível) e as coisas pensáveis (mundo intelectual). Auxilia a compreensão das idéias, do pensamento gerado a partir de determinadas condições objetivas, ajudando a vislumbrar

suas contradições, desvelando o homem como criador da sociedade, e ao mesmo tempo a sociedade como lugar de criação do homem.

Considerações inacabadas

Para a afirmação da educação dos profissionais que exercem o cuidado na saúde, visando à valorização pública e ética do trabalho que desenvolvem, partimos da resistência à incorporação da lógica de trabalho produtivo nas ações de saúde. Para tanto, não podemos ignorar que o trabalho em saúde, como todo o trabalho, está inserido no capitalismo, e portanto, nas suas relações sociais de reprodução, se caracterizando como trabalho improdutivo e trabalho de produção imaterial. Lembra-nos Antunes (1999) que o capital precisa do trabalho produtivo para sobreviver, e que o trabalho improdutivo, que a rigor produziria antivalor, está cada vez mais sendo incorporado, pelo sistema capitalista, ao trabalho produtivo, eliminando cada vez mais a produção de antivalor.

No caso da saúde, especialmente do cuidado em saúde, pode-se dizer que é trabalho improdutivo, mas que cada vez mais absorve e projeta sobre o trabalhador características de trabalho que produz valor, quer seja pela privatização crescente da área da saúde, onde esse trabalho se torna trabalho produtivo – na relação do trabalhador da saúde com os “donos” das instituições privadas –, quer pela tecnologização da ciência – na perspectiva da razão instrumental –, quer pela produção de uma subjetividade alienada dos seus trabalhadores. Soma-se a isso o processo de semiformação a que são submetidos a sociedade e os indivíduos indo de encontro à construção e internalização de valores éticos e políticos a favor de um processo civilizatório.

Trata-se ainda de vislumbrar que, ao serem privados de condições da compreensão do valor ético e político do seu trabalho, esses profissionais que promovem o cuidado na saúde, ao lidarem com características como o sofrimento humano do outro, baixa auto-estima, desvalorização da profissão, são cada vez mais levados ao embrutecimento. Como forma de suportar, tentando não embrutecer, ganha relevo, de novo, a religião, agora não só como expiação da culpa, mas também como alívio para o sofrimento da vida social em geral, e também para não sucumbir ao embrutecimento ao lidar com as condições de trabalho.

A formação profissional para o cuidado na saúde, voltada à emancipação e, portanto, como resistência à lógica que o trabalho assume sob o capitalismo, incorpora a defesa de uma escolarização dos trabalhadores. Porém, chamamos atenção para o fato de que essa escolarização tem que ser voltada para a valorização ética e pública desse trabalho. Isto porque, como já mencionamos, ser a educação configurada como luta entre projetos significa que há um projeto de educação e, portanto, de escolarização, que irá se pautar pela defesa de que conservar o existente, no momento atual caracterizado pela alienação, pelo individualismo e pelo crescente embrutecimento das relações sociais. Portanto, há que se construir no processo educativo voltado à emancipação dos sujeitos, explicitar o processo que o faz aderir ao cuidado sob a lógica do valor e, portanto, como trabalho alienado. Isso pode ser traduzido de maneira mais concreta, por exemplo, ao se combater na escolarização a ótica da teoria do capital humano, ou para usarmos um termo ideológico do capital mais contemporâneo, a ótica da empregabilidade.

Estudos como o de Alves (2005) não negam que o capitalismo, hoje, como nas suas fases anteriores, continua a querer produzir um corpo útil, produtivo e submisso, destacando a intensificação do ritmo do trabalho e da racionalização do trabalho estranhado, na atual crise estrutural do capital. A subjetividade do trabalhador não é apenas trabalhada em função do consumo, mas também da adesão ao trabalho precarizado, da empregabilidade e da promessa da valorização da “intelectualização” do trabalhador. Diante disso, refletindo o trabalho na saúde, observa-se que já não se negam determinados processos de formação profissional; o que continua a ser negado são processos que desvelam a “semiformação” a que são submetidas a sociedade e as promessas que o capital faz mas não pode cumprir.

Do ponto de vista curricular, num projeto pedagógico e, portanto, político, que é a politécnica hoje, ao ressaltar nos princípios que a sustentam a educação do sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos, encontramos possibilidades maiores de combater a indiferença, o não-envolvimento como solução para não sucumbir ao sofrimento do outro – sem cair num “subjetivismo” desatrelado das condições objetivas.

Como conseqüência das análises aqui feitas, percebemos que educar para a valorização do sentido ético e político do cuidado na saúde é,

em certa medida, negar que as ações dos cuidados podem ser resolvidas somente por “habilidades” e “competências” no viés pragmático e condutivista.

Referências

- ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. *A dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- ADORNO, T. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- ALVES, G. Trabalho, corpo e subjetividade: Toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 409-428, 2005.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AYRES, R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, set 2003-fev 2004.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LESSA, S. Trabalho, sociabilidade e individuação. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 2, p. 231-246, 2006.
- MAARS, W. L. À guisa de introdução: Adorno e a experiência formativa. In: ADORNO, T. (Org.). *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. p. 11-28.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- PENA-CASTRO, R. Trabalho concreto e trabalho abstrato. In: EPSJV/FIOCRUZ. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 263-265.
- PEREIRA, I. B.; STAUFFER, A. B. *Temas de ensino médio: formação*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.
- PEREIRA, I. B. A Construção coletiva de livros no ensino técnico em saúde. In: FRIGOTTO, G.; CLAVATTA, M. (Orgs.). *Ensino médio: ciência, cultura e trabalho*. Brasília: MEC, 2004. p. 237-252.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: EPSJV/FIOCRUZ. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 73-77.
- SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicidade. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, p. 131-152, 2003.
- SENNETTE, R. *A corrosão do caráter. consequências pessoais do trabalho no capitalismo*. São Paulo: Record, 1999.

Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar

LILIAN KOIFMAN
GILSON SAIPPA OLIVEIRA
VERONICA FERNANDEZ

Introdução

Neste capítulo nos propomos a compartilhar algumas reflexões que têm sido foco de estudos e práticas em nossa experiência docente nos cursos de formação em saúde. Portanto, mais do que um ponto de chegada, pretendemos que seja um ponto de partida e um convite à reflexão.

A prática do cuidado entendida como valor nos leva a pensar a prática docente nos cursos de formação em saúde, compreendendo esta enquanto orientadora e comprometida com a materialização das formas de expressão do cuidado no cotidiano das práticas de saúde, seja por meio de atos na gestão, seja nas práticas do trabalho em saúde, afirmando assim o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais se destaca a integralidade. Com isso, entendemos aqui que a relação professor-aluno, estabelecida nos processos educativos (em qualquer cenário de aprendizagem) tem papel marcante na consolidação do modo de agir em saúde destes futuros profissionais.

Este texto, portanto, orienta-se pela necessidade de ampliação dos olhares e leituras que cercam o docente universitário, e que ao pensarmos nas transformações desejadas no campo da organização do cuidado e da formação em saúde, devemos considerar primeiramente que método, conteúdo e práxis são indissociáveis e que os mesmos não podem ser apresentados de forma independente. As formas de transmissão são tão importantes quanto o conteúdo e a intencionalidade do que se ensina (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2006).

Epistemologia e Educação

Epistemologia significa, etimologicamente, discurso (*logos*) sobre a ciência (*episteme*). É entendida como a lógica de uma ciência, lógica esta que está na teoria científica que sustenta as proposições que a compõem. A epistemologia discute o ponto a partir do qual vemos o mundo. Segundo Sigristi (1997, p. 174), é tarefa do educador conhecer o seu *lugar epistemológico*: “saber em que lugar está e a partir de que lugar está olhando o mundo”. Essencialmente, a epistemologia é o estudo crítico dos *princípios*, das *hipóteses* e dos *resultados* das diversas ciências (JAPIASSU, 1992). Pode-se dizer, ainda, que é a disciplina que estuda como construímos o conhecimento ou como sabemos o que cremos que sabemos.

Para Epistemologia da Educação, dentre outras definições, encontramos: estudo crítico de princípios, de hipóteses e de resultados do processo educativo que visa a determinar os fundamentos lógicos, o valor e o alcance da educação para o indivíduo e para a comunidade.

Em seu livro *A epistemologia do professor*, Fernando Becker busca conhecer as concepções dos docentes a respeito dessas questões fundamentais e de tantas outras derivadas destas: sua concepção de conhecimento, seu entendimento da passagem de um conhecimento mais simples a um mais complexo, sua concepção da capacidade cognitiva – e, portanto, de aprendizagem – do aluno nas mais diferentes idades, sua compreensão das dificuldades de aprendizagem do aluno, da origem histórica dos conhecimentos contemplados num currículo escolar etc. (BECKER, 1993).

A epistemologia é tradicionalmente uma disciplina filosófica que estuda o conhecimento humano em seus aspectos puramente lógicos, por exemplo, tematizando a relação entre uma afirmação feita e as evidências que a apóiam, e deixando de lado os aspectos psicológicos envolvidos nos processos cognitivos, entre eles, a aprendizagem. As teorias da aprendizagem, por sua vez, restringem-se aos domínios da Pedagogia e da Psicologia, levando em conta apenas os processos efetivos por meio dos quais os indivíduos se apropriam de determinados conteúdos ou adquirem certas habilidades. Uma *epistemologia da aprendizagem* deve, ao contrário, procurar elaborar uma teoria do conhecimento humano a partir das práticas investigativas e educacionais. A aprendizagem, portanto, como um processo de investigação e produção de conhecimento.

Não conseguiremos chegar ao aluno e intervir positivamente na sua capacidade de aprender, fazendo treinamentos, modificando técnicas, propondo “macetes”. Temos que produzir um amplo processo de reflexão epistemológica, no qual os “formadores” se dêem conta de que nada de significativo acontecerá enquanto não romperem com as concepções de conhecimento e de aprendizagem que vigoram em nossas escolas. (BECKER, 1993). Quando buscamos uma aproximação com a produção do conhecimento orientado por seu potencial transformador, apontamos para a necessidade de superar falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas em saúde, como as ações preventivas/curativas ou individuais/coletivas. Exigimos, desta forma, uma articulação entre a ação de um profissional e a dos vários profissionais que compõem uma equipe de saúde, e da compreensão deste frente à organização das diversas redes de produção e gestão do cuidado (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2006, p. 115).

Temos, portanto, os principais objetivos da Epistemologia da Educação, enquanto campo de saber, quais sejam: explicitar a problemática epistemológica, retomando sua gênese histórica e sua constituição teórica; identificar e discutir modelos epistemológicos sob os quais essa problemática se expressa, particularmente na filosofia contemporânea; colocar e debater a questão da relação sujeito/objeto, subjacente ao processo de produção do conhecimento no âmbito das Ciências Humanas, procurando especificá-la, de modo particular, no caso da investigação educacional, fornecendo assim subsídios para pesquisadores interessados.

Auxiliando nossa reflexão nesse campo, partimos, pois, da compreensão do conhecimento enquanto fundamento para o processo educacional de construção de valores; da importância para a educação do estudo da relação entre o sujeito e objeto na nova construção epistemológica; da percepção do educador como sujeito e objeto de sua própria investigação, além da distinção entre o educar-se e o ser educado.

Da Pedagogia de conteúdos para uma Epistemologia da prática docente

A partir da última década, notou-se o aparecimento de uma produção literária muito rica no campo da formação de professores, sobretudo quanto aos conhecimentos incorporados e atualizados por estes em suas experiências de vida, assim como no contexto do seu trabalho

e da sua formação. A prática cotidiana, até então subdimensionada quanto ao seu valor como conhecimento válido, passa a se mostrar enquanto espaço valorizado no momento em que se caracteriza como lugar de construção de saberes.

Buscando compreender as lógicas de pensamento que fundamentaram e fundamentam ainda hoje o debate sobre formação docente na literatura educacional, em discussão desenvolvida por Isabel Lelis, a autora nos apresenta um balanço da produção intelectual do campo e constata que passamos da lógica de uma pedagogia “conteudista”, com predomínio de uma razão teórica, para outra direcionada para uma Epistemologia da Prática. Porém, algumas questões, ainda não equacionadas pelas políticas e práticas de formação docente, retornam, como é o caso dos conhecimentos necessários de que o professor deve ser portador, os quais se atualizam na ação pedagógica e, ainda, a função ou o papel da teoria e da prática nos processos de formação docente, além da relação docente com tais saberes (LELIS, 2001).

No debate com idéias contidas no texto de Libâneo (1985), Lelis busca esclarecer alguns aspectos referentes à pedagogia crítico-social dos conteúdos. Atualizando o que chama de “conteudismo”, fazendo referência às interpretações confusas da identificação mecânica entre “conteúdo” e “matéria”, Libâneo esclarece:

conteúdos são os conhecimentos sistematizados, selecionados das bases das ciências e dos modos de ação acumulados pela experiência social da humanidade e organizados para serem ensinados na escola; são habilidades e hábitos, vinculados aos conhecimentos, incluindo métodos e procedimentos de aprendizagem e de estudo; são atitudes e convicções envolvendo modos de agir, de sentir e de enfrentar o mundo. (LIBÂNEO, 1985, p. 49).

Contudo, Lelis chama atenção para o fato de que mesmo ampliando o sentido do que compreendemos por “pedagogia dos conteúdos”, permanece o desafio de refletir acerca das relações que o professor estabelece com os saberes, partindo-se da compreensão de que na ação prática, saberes de diferentes ordens (entre os quais se situam os conteúdos de ensino) são por ele mobilizados (LELIS, 2001).

Na busca por uma perspectiva relacional entre teoria e prática, contrária a uma lógica positivista, bastante comum nos currículos dos cursos, a autora utiliza-se da filosofia da práxis formulada por Vasquez (1977), na tentativa de uma visão unificada, que desfaz tal dicotomia

na direção de uma “teoria revigorada”, visto que é formulada a partir das necessidades da realidade educacional.

A teoria em si não transforma o mundo. Pode contribuir para sua transformação, mas para isto tem que sair de si mesma, e, em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar, com seus atos reais, efetivos, tal transformação. Entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências, de organização de meios materiais e planos concretos de ação: tudo isso como passagem indispensável para desenvolver ações reais e efetivas. Nesse sentido, uma teoria é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações, o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal de sua transformação. (VAZQUEZ, 1977, p. 206).

Daí, portanto, podemos inferir e compreender a importância de uma prática docente, vista a partir de uma lógica relacional com o saber docente, e tanto comprometida quanto responsável pela expressão da prática do cuidado em saúde nos atos dos profissionais formados por suas instituições.

Para Sodré (2006, p. 85):

A práxis em sua acepção antiga é sempre transformadora tanto do objeto quanto do sujeito. Isto implica inscrever no movimento ético o *a priori* da liberdade humana capaz de invocar limites não só para as coerções heterárquicas dos costumes vigentes (as imposições da moral) como também para as determinações instituídas pela mecânica social. Implica igualmente a aceitação da responsabilidade pelas ações próprias, como um corolário da liberdade.

Porém, se diante da possibilidade de se pensar uma “teoria revigorada”, a problemática persiste, pela existência de uma valorização de teorias em detrimento da prática cotidiana, o conceito de práxis (não entendido enquanto uma prática utilitária) se mostra favorável enquanto ferramenta, possibilitando uma reflexão acerca das relações entre conhecimento científico, prática social e saber docente (LELIS, 2001).

Com isso, compartilhamos da percepção de que a relação dos docentes com o saber não pode se reduzir à transmissão de conhecimentos já constituídos, tendo a prática papel importante enquanto expressão de diversos e diferentes saberes, incorporados em diferentes tempos e contextos de socialização.

Por uma formação em saúde voltada à prática reflexiva do cuidado

O processo de formação em saúde, seguindo o modelo tradicional de organização dos cursos universitários, polariza-se a partir de uma visão dicotômica positivo-tecnológica, na qual são enfatizados os aspectos técnico-científicos, por um lado, e filosófico-ideológicos, por outro. Desta feita, a cultura escolar enfatiza o intelectual, em detrimento da dimensão social, afetiva, estética, motora, manual ou ética dos alunos. E, dentro do intelectual, a recepção e memorização, em detrimento de outras possibilidades intelectuais, como a consolidação e valorização da capacidade de produção de sínteses críticas sobre o que determina o adoecer.

Essas polarização e disciplinarização produziram e têm garantido a legitimidade das práticas que, ao longo de quase um século, se organizam a partir da progressiva hierarquização dos conhecimentos, das chamadas ciências básicas, em direção às aplicadas e sociais, passando pela aquisição de técnicas e habilidades que deram e dão sustentação, perante a comunidade docente e discente, de todos os campos do conhecimento, daquilo que podemos afirmar como sendo o currículo normativo que se expressa tanto na dicotomia entre o Ciclo Básico e o Profissional, quanto na fragmentação disciplinar no interior de cada ciclo (CUNHA, 1998).

Para Freire e Shor (2003, p. 24):

Esses currículos falsamente neutros formam os estudantes para observar as coisas sem julgá-las, ou para ver o mundo do ponto de vista do consenso oficial, para executar ordens sem questioná-las, como se a sociedade existente fosse fixa e perfeita. Os cursos enfatizam técnicas e não contato crítico com a realidade. Isto impede uma análise política das forças que constroem os currículos, bem como os arranha-céus. Um cientista, um profissional, mantém a face limpa ficando fora da política, deixando de fazer perguntas que contemplem críticas às decisões de seus superiores ou ao impacto de seu próprio trabalho.

Nos anos recentes, diversos atores e movimentos presentes no cenário da formação em saúde têm buscado elaborar um conjunto de reflexões e intervenções que melhor expressem os desafios de superação do modelo hegemônico da formação em saúde, organizado de

forma disjuntiva. Assim, busca-se, a partir de estratégias didático-pedagógicas e de aproximações entre o mundo da formação e do cuidado, a construção de relações dialogadas que garantam uma formação que seja suficientemente potente para formar um profissional de saúde que supere a lógica hegemônica da formação (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; CECCIM; CARVALHO, 2006; CARVALHO; CECCIM, 2006). Subjacentes ao debate sobre a formação docente, alguns problemas crônicos enfrentados pelas instituições formadoras consistem na falta de articulação entre as teorias de ensino e a prática educacional, entre as disciplinas de base e as aplicadas, assim como entre conteúdos e métodos. É importante reafirmar, portanto, que método e conteúdo são indissociáveis e, sendo assim, não podem ser apresentados de forma independente.

As ações balizadas pela premissa de que o dia-a-dia de um profissional de saúde não se esgota em sua natureza técnica, mas apresenta dimensões onde se expressam valores de ordem moral ou ética, ideológica ou econômica, buscam a valorização de competências e habilidades de atuação em equipes profissionais ou multiprofissionais, capacidade de diálogo e da sua compreensão das relações socioeconômicas e culturais da sociedade onde se inserem. Buscam ainda priorizar os espaços e a dimensão pública dos serviços de saúde, tendo como horizonte os desafios de implantação do SUS.

Assim, depois de quase duas décadas de acúmulo de debates e experiências, pode-se observar a incorporação de tais aspirações políticas no arcabouço legal e normativo das políticas públicas. Encontramos nas Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde um enfoque em habilidades e competências que busca romper com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos. Esses documentos apontam para uma mudança na formação em saúde e estabelecem a necessidade da constituição de um perfil do egresso em consonância com as diretrizes do SUS (ALMEIDA, 2003).

Para Batista e Batista (2004), a conformação das Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde, se mostram como um dos condicionantes de maior impacto ocorridos na área da formação. Indicam, ainda, que a inovação fundamental se dá pelo fato das diretrizes enfatizarem a formação vinculada a uma integração entre os currículos e o SUS. Os autores também destacam os desafios

colocados pela necessidade de profissionalização da docência universitária, da incorporação da Educação Permanente¹ como instrumento de retroalimentação do saber docente e as implicações desse processo nos contextos econômicos, políticos e educacionais que os cercam.

Ceccim e Feurwerker (2004, p. 1.402), ao analisarem as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, indicam que, exceto as diretrizes dos cursos de Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social, todas as outras diretrizes trazem no seu arcabouço que:

A formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais). Reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, algumas profissões destacaram o SUS. É o caso da formação de farmacêuticos, em que constou o aposto com ênfase no SUS, e da formação de nutricionistas e de enfermeiros, nas quais constou ainda que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Na profissão de enfermeiros constou o acréscimo de que o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento.

Mais recentemente encontramos elementos indutivos da Política do Estado na conformação da Agenda Reformista (BRASIL, 2003). Assim, nos expressamos a respeito:

A consolidação da agenda reformista em política ganhou recentemente novo fôlego, com a definição de um escopo jurídico-legal, a política de Educação Permanente, na qual a formação se deve dar sobre a reflexão das práticas reais dos profissionais, tendo como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, da gestão e do controle social (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2005, p. 131).

Neste momento observamos que as formatações institucionais do SUS e, por sua vez, a agenda de reorientação da formação em saúde, que enseja seus princípios e diretrizes ético-políticos, protagonizam diversas ações e se apresentam enquanto espaço (do cuidado e da

¹ Para melhor compreensão das estratégias de educação permanente, ver: *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS* (BRASIL, 2003).

formação) produtor de embates constantes entre os diferentes projetos de sociedade, fato este que assume elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados pela política de formação em saúde.

Nesse aspecto, a agenda da formação deve levar em consideração, no momento da elaboração do projeto político pedagógico dos cursos, não apenas as chamadas questões educacionais, como cargas horárias, conteúdos, disciplinas que tendem a ser objeto de disputa na conformação da grade curricular, mas também as diversas tensões presentes na construção política institucional do SUS, a lógica hegemônica da organização da assistência e da formação de cada escola ou do sistema de saúde local que servirá de cenário de aprendizagem, o papel dos movimentos organizados da sociedade presentes nesses espaços e fundamentalmente a necessidade da construção de espaços públicos, durante o processo de formação, principalmente aqueles relacionados ao desafio de construção dialogada entre o mundo do trabalho e da formação como norteadores desse processo de transformação.

Compreendemos, contudo, que os redesenhos dos processos de formação e a aplicação de métodos didático-pedagógicos que favoreçam sua construção, são condições necessárias para potencializar uma formação orientada por tais preceitos, mas esse processo deve vir acompanhado de todo um questionamento da dimensão político-epistemológica do ato de ensinar que permeia o processo educacional em geral e em particular aquele que ocorre na formação em saúde. Assim, a práxis dos docentes surge como elemento de produção e afirmação de identidades e visões de mundo que são socialmente orientadas (MASSETO, 2000; AZZI, 2000; PIMENTA, 1997).

Segundo Nóvoa (1997, p. 33), os estudos sobre os professores, seus saberes, valores, crenças e atitudes constituem elemento importante nas discussões educacionais, fato este que amplia as possibilidades de leituras no campo educacional. Para esse autor:

não é possível separar as dimensões pessoais e profissionais; a forma como cada um vive a profissão de professor é tão (ou mais) importante do que as técnicas que aplica ou os conhecimentos que transmite; os professores constroem a sua identidade por referência a saberes (práticos e teóricos) mas, também, por adesão a um conjunto de valores etc. donde a afirmação radical, de que não há dois professores iguais e de que a identidade que cada um de nós cons-

trói como educador baseia-se num equilíbrio único entre as características pessoais e os percursos profissionais e a conclusão de que é possível desvendar o universo da pessoa por meio da análise da sua ação pedagógica: diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és. (NÓVOA, 1997, p. 33).

Tomamos como referência o fato de que toda ação humana, e por contingência toda ação dos professores, é uma ação que representa e enseja opções e interesses que definem disputas em torno de projetos de sociedade. Assim, os estudos de Pierre Bourdieu sobre os *campos*, e mais especificamente sobre o *campo científico*, entendido como espaço relacional onde a práxis do docente universitário se materializa, nos parece capaz de revelar e ampliar os horizontes sobre as transformações do processo de formação em saúde para além da perspectiva que toma o docente como mero reprodutor de um conjunto de técnicas e dotado de competências e de capacidades pedagógicas.

As concepções sobre a formação em saúde, assim, parecem ter a necessidade de incorporar em seus discursos, reflexões e práticas, a posição que cada um dos agentes tem em relação ao campo a que pertencem e aos conflitos ali presentes. O campo privilegiado é o da Saúde Coletiva, o que, para nós, define a potência ou não da criação de movimentos de diálogo entre os agentes, considerando para isso seu processo de socialização e o sucesso da empreitada de transformação da formação voltada para a construção de práticas cuidadoras.

O cuidado aqui referido não é entendido como um dos níveis de atenção do sistema, assim como sugerido pela lógica da hierarquização das ações, ou mesmo daquelas que indicam que esse dispositivo só é adequado no âmbito geral da atenção básica de saúde e, muito menos, como um procedimento simplificado típico das ações ligadas à lógica dicotômica – por exemplo, ações curativas *versus* ações preventivas. Entende-se, portanto, cuidado como uma ação que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004).

A ação integral na direção da construção do cuidado é também entendida como ação de “entre-relações” das pessoas, ou seja, ação integral como efeito e repercussão de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 2002). Contudo, esse cenário não depende exclusivamente da estrutura “objetiva” dos sistemas onde se materializam as práticas individuais e as relações sociais inerentes a esse campo, mas, também, do balanço “subjetivo” das habilidades e capacidades dos indivíduos, as quais exercem influências nas construções mentais das oportunidades do campo (DUBAR, 2005).

Para Dubar (2005), do encontro das trajetórias socialmente condicionadas e dos campos socialmente estruturados, resultam as identidades. Porém, o mesmo ressalta ainda que ambos (trajetórias e campos) não são necessariamente homogêneos e nem as categorias das trajetórias são, necessariamente, aquelas que dão estrutura aos campos da prática social. Tal diferença promove a abertura de espaços de liberdade irredutíveis que tornam possíveis, e às vezes necessárias, “conversões identitárias que engendram rupturas nas trajetórias e modificações possíveis das regras do jogo dos campos sociais”. (DUBAR, 2005, p. 94).

Nessa passagem, o autor nos oferece uma estimulante leitura sobre estes movimentos de consolidação das identidades sociais que são produzidas pela dimensão histórica da existência dos indivíduos, dando ênfase ao fato de que estes também são produtores de sua história futura, tendo assim os agentes a capacidade intrínseca de produzir, dentro de cada campo, expressões de liberdade e de transformações.

Pignatelli (2000, p. 142), buscando caracterizar qual deve ser o pensamento do docente sobre as reformas educacionais afirma que:

Em minha opinião, a política sobre o cuidado e o bem-estar do eu e dos outros tem, essencialmente, três características: ela deve ser reativa, não-programática, e esteticamente informada. Todas as três características, além disso, devem estar baseadas numa contínua atenção para com a questão da equidade. A intersecção da equidade com apelos de reforma e de renovação desafia os professores a traçar alternativas, em cooperação com aqueles indivíduos que têm sido sistematicamente marginalizados e cujas vozes têm sido emudecidas ou silenciadas por uma lógica da normalidade que reduz as diferenças a déficits.

Azzi (2000), por sua vez, nos indica que por se tratar o trabalho docente de uma atividade eminentemente ligada à negação da realidade social, esta se define e se localiza no campo da práxis.

O processo de ensino, em sua estrutura e funcionamento, caracteriza-se como práxis, na qual teoria e prática se determinam, gerando juntamente com o objeto-sujeito desse processo – o aluno – um saber próprio da atividade docente que, ao incorporar-se àquele que exerce sua ação sobre um determinado objeto visando à sua transformação, transforma também esse sujeito – no caso o professor, que se enriquece durante o processo. O trabalho docente é um processo de objetivação do professor. Objetivação em si, quando representa apenas adaptação ou interiorizações do mundo ou, objetivação para si, quando é criativa, quando é sintetizadora (AZZI, 2000, p. 47).

Os trabalhos de Saviani (1996) e Gauthier *et al.* (2006) alertam para a necessidade de considerarmos a existência de uma correlação potencial entre o processo de socialização vivido pelos docentes e seu papel enquanto agentes portadores de reservatórios de saberes, que tanto podem agir na direção da transformação quanto da conservação. Por isso torna-se mister compreender sua reflexividade (instrumental/técnica ou crítica hermenêutica e solidária), enquanto culturalmente orientada e datada, e espacialmente distribuída, que se manifesta a partir do tipo de racionalidade que embasa a gestão pedagógica e que é regulada pela perspectiva dialógica presente em toda a atividade de aprendizagem.

Pensamos que o conhecimento acadêmico não é um conjunto isolado e estático de informações, mas comprometido com uma determinada visão de mundo, dependente de um processo de investigação do real, e chega até a universidade racionalmente produzido, elaborado e sistematizado por meio de determinado processo de pesquisa, desenvolvido no contexto de uma dada concepção de educação e de sociedade (KOIFMAN, 1996).

Esta perspectiva de entendimento nos possibilita compreender o cotidiano do processo educacional e as movimentações dialógicas que nela subsistem como reveladores das possíveis implicações entre os desejos presentes na agenda reformista (SUS e Formação de Profissionais de Saúde ligados aos seus atributos ético-políticos) e o que realmente ocorre no cotidiano da formação.

Assim, o que pretendemos valorizar aqui não se esgota no chamado “momento” pedagógico propriamente dito, mas na dimensão cultural implicada na sua práxis, muitas vezes despercebida por esse mesmo professor e que são tensionadas pela cultura e pelas interações sociais

vividas pelos docentes no interior das instituições de formação e do cuidado (por exemplo, universidades e serviços de saúde). As implicações e o desafio de valorização da dimensão cultural dos docentes podem ser mais bem compreendidos a partir das palavras de Sacristán (1999, p. 67): “Neste sentido, é importante repensar os programas de formação de professores, que têm uma incidência mais forte nos aspectos técnicos da profissão do que nas dimensões pessoais culturais”.

Freire (2003) define que quanto mais consciente o professor estiver da sua inserção histórica, transformando-se em sujeito do seu processo de aprendizagem e agente emancipador, tanto mais ele estará definindo sua identidade como sujeito histórico.

Concordamos com Cunha (2006), quando afirma que quanto menor for a capacidade reflexiva dos docentes adquirida por intermédio de sua formação continuada ou permanente, maior será sua vulnerabilidade frente aos padrões propostos pelas políticas públicas e as imposições de padrões de qualidade aleatórios, fato que interfere diretamente na identidade individual desses docentes.

Considerações finais

O processo de constituição do saber docente e a práxis que daí decorre nos parecem um dispositivo que afirma sentidos e valores com potencial de produzir identidades e visões de mundo. Perpassa todos os momentos de implementação e implantação de estratégias de transformação na formação em saúde, que vão desde a estruturação dos cursos até sua operacionalização, da seleção dos conteúdos e do processo de ensinagem,² como as estratégias adotadas pelos docentes para a construção de uma relação dialógica entre áreas de conhecimento específicas, que constituem o ensino em saúde. Colocam-se no campo da práxis e é como exercício da práxis que podem contribuir ou não com a construção e a transformação dos homens e da sociedade.

A valorização desse processo supera determinadas leituras que encerram as transformações no processo de formação em saúde às disputas na conformação da grade curricular e contribui, de maneira

² Segundo Pimenta e Anastasiou (2002, p. 205), “na ensinagem, a ação de ensinar é definida na relação com a ação de aprender, pois, para além da meta que revela a intencionalidade, o ensino desencadeia necessariamente a ação de aprender”.

decisiva, para a compreensão da lógica hegemônica da organização da assistência e da formação – assim como de cada escola e/ou do sistema de saúde local, que servirá de cenário de aprendizagem. Contribui também para a percepção da importância do papel dos movimentos organizados da sociedade, presentes nesses espaços, além da necessidade da construção de espaços públicos, durante o processo de formação, principalmente aqueles relacionados ao desafio de construção dialogada entre o mundo do trabalho e o da formação como orientadores do processo de transformação.

A inserção e as estratégias de ensinagem da Saúde Coletiva, não apenas referidas ao campo disciplinar que historicamente compõem o rol de conteúdos oferecidos pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, Departamentos de Saúde Pública ou Coletiva, Institutos Universitários de Saúde Coletiva ou Saúde Pública aos cursos de graduação em saúde³, são entendidas, neste cenário, como potencializadores de movimentos emancipatórios que têm como espaço de produção, além das salas de aula, cenários múltiplos, como serviços de saúde, espaços de gestão do sistema e o controle social. Este fato aponta para a necessidade de uma ruptura com a maneira tradicional de se organizar os conteúdos e as práticas, que tradicionalmente se pautou na dicotomia típica da modernidade (geral-particular, teórico-prático, sujeito-objeto, homem-natureza, indivíduo-sociedade, etc.). Sendo assim, podem e devem se instaurar como dispositivo importante de afirmação de uma postura frente ao mundo, em que conteúdo, método e práxis, mais uma vez indissociáveis e apresentados de forma interdependentes, servem como indutores da possibilidade de construção da integralidade em saúde.

Por fim, como explicitamos previamente, reafirmamos nosso convite ao debate e à reflexão, para a necessidade da ampliação dos olhares e percepções acerca do docente universitário, tendo em vista a inerência do tema ao campo da formação em saúde, aqui, voltada para uma prática reflexiva do cuidado. Com o intuito de pensarmos

³ Para maior detalhamento desse inventário, ver Abrasco (1984), que sintetiza os principais resultados de uma oficina de trabalho sobre Ensino da Medicina Preventiva e Social nos Cursos Médicos, realizada em Londrina, em 1983. Destaca principalmente as temáticas de Ciências Sociais em Saúde, Planejamento, Administração e Organização e Gestão em Saúde, Políticas Públicas de Saúde e Epidemiologia.

nas transformações desejadas, tanto no campo da organização do cuidado, quanto da formação em saúde, devemos considerar, também, que formas de transmissão são tão importantes quanto o conteúdo e a intencionalidade do que se ensina.

Referências

- AZZI, S. Trabalho docente: autonomia didática e construção do saber pedagógico. In: PIMENTA, S. G. (Org.). *Saberes pedagógicos e atividade docente*. São Paulo: Cortez, 2000.
- ABEM. *Ciências Sociais e Biológicas no Curso Médico: enfoque interdisciplinar*, 1989 (Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, n. 12).
- ABRASCO. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. v. 3. Rio de Janeiro: Abrasco, jun. 1984.
- ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina: RedeUnida, 2003.
- BATISTA, N.A.; BATISTA, S. H. (Orgs.). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac, 2004.
- BECKER, F. *A epistemologia do professor: o cotidiano da escola*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.
- CAMPOS, J. J. B. et al. *Relatório da oficina de trabalho: Saúde Coletiva e Graduação das Profissões da Saúde à luz das diretrizes curriculares nacionais*. IN: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7. *Anais...* Brasília, RedeUNIDA, 2003.
- CARVALHO Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CECCIM R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.
- CECCIM R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R. B. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, set.-out. 2004.
- DUBAR, C. *A socialização construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FREIRE, P.; SHOR, I. *Medo e ousadia: cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GARCIA, M. A. *et al.* O ensino da Saúde Coletiva e a escola médica em mudança: um estudo de Caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan.-abr, 2004. p. 30-37.

GAUTHIER, C. *et al.* *Por uma teoria da Pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber Docente*. Ijuí: EdUnijuí, 2006.

JAPIASSI, H. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

KOIFMAN, L. *A crítica ao modelo biomédico na reformulação curricular do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

LIBÂNEO, J. C. *Democratização da escola pública: a pedagogia crítica-social dos conteúdos*. São Paulo: Loyola, 1985.

LELIS, I. A. Do ensino de conteúdos aos saberes do professor: mudança de idioma pedagógico? *Educação & Sociedade*, ano XXII, n. 74, abr. 2001.

MARSIGLIA, R. G.; FEUERWERKER, L. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. *Relatório da Oficina Nacional de Trabalho sobre o Ensino de Saúde Coletiva na Graduação Médica*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2002.

MASSETO, M. (Org) *Docência na Universidade*. São Paulo: Papirus, 2000.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J-L. *A Inteligência da complexidade*. São Paulo: Petrópolis, 2000.

NÓVOA, A. Diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és e vice-versa. In: FAZENDA, I. (Org). *A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento*. Campinas: Papirus, 1997.

PIGNATELLI, F. Que posso fazer? Foucault e a questão da liberdade e da agência docente. In: SILVA, T. T. (Org). *Os sujeitos da Educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 2000.

PIMENTA, S. G. (Org). *Didática e formação de professores: percursos e perspectivas no Brasil e em Portugal*. São Paulo: Cortez, 1997.

SACRISTÁN, J. G. *Poderes instáveis em Educação*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Produção do conhecimento em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; CECCIM, R. B. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. M. Agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 129-146.

SAVIANI, D. Os saberes implicados na formação do educador. In: BICUDO, M. A.; SILVA JUNIOR, C. A. (Orgs.). *Formação do educador*. dever do Estado, tarefa da universidade. São Paulo: UNESP, 1996.

SIGRISTI, J. L. Dialogando com a filosofia: notas introdutórias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, ago. 1997.

SODRÉ, M. *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Vozes, 2006.

TARDIF, M. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis: Vozes, 2005.

VASQUEZ, A. S. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.



PARTE III

Ensino



Escuta como cuidado: é possível ensinar?

LÉLIA MARIA MADEIRA
ANA FLÁVIA COELHO LOPES
ELYSÂNGELA DITZ DUARTE
ERIKA DA SILVA DITZ
TATIANA COELHO LOPES

Introdução

Abordar o tema *escuta* no âmbito da atenção à saúde requer, numa primeira instância, respostas às seguintes perguntas: a qual escuta nos referimos, onde, com quem e como esta ocorre ou deveria estar ocorrendo? Não havendo esta clareza, corre-se o risco de banalizar um importante instrumento do cuidado em saúde, imprescindível para o estabelecimento das intersubjetividades e, conseqüentemente, para a efetividade do cuidado na perspectiva da integralidade.

Segundo Durães-Pereira, Novo e Armand (1997), a escuta faz parte da natureza humana, podendo ser facilmente identificada até em passagens bíblicas. Os autores afirmam que todos nós, para sermos reconhecidos como sujeitos, temos a necessidade de sermos legitimados pelo outro, o que é possibilitado pela escuta e pelo diálogo. Além disso, “o exercício de ouvir o outro traz um dos melhores benefícios: ouvir a nós mesmos” ((DURÃES-PEREIRA; NOVO; ARMAND, 2007, p. 466).

Tratando-se da escuta no contexto da saúde, Merhy (1999), ao discorrer sobre as tecnologias assistenciais, chama a atenção para as tecnologias leves que ocorrem por meio do trabalho vivo em ato, num processo de relação trabalhador-usuário em que há

um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas, interpretações, no qual há a produção de uma

acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro: momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY,1999, p. 307-8).

Tais afirmativas nos remetem à reflexão sobre a forma como o cuidado tem sido realizado no cotidiano dos serviços de saúde. Deve-se pensar que todo cuidado é produzido por meio de atos de saúde e que estes nem sempre consideram as necessidades do usuário, sendo, portanto, centrados muito mais nos procedimentos do que nas necessidades do sujeito (MERHY, 1999).

Nessa perspectiva, há que se considerar que a possibilidade do diálogo está potencialmente presente nos encontros entre usuários e trabalhadores da saúde, mas para que ele se estabeleça, faz-se necessária a existência de um “autêntico interesse em ouvir o outro” (AYRES, 2004, p.23), em que, a partir de um legítimo diálogo, torna-se possível dar voz aos sujeitos envolvidos nessa interação.

A escuta, portanto, é um quesito fundamental para apreender as necessidades de saúde, considerando-se a alteridade do usuário, respeitando-se a diversidade humana, cultural, social e de compreensão do processo saúde-doença, ao mesmo tempo que é uma oportunidade de construção de caminhos para mudanças na clínica (PINHEIRO *et al.*, 2005). Ouvir o outro implica uma escuta para além da lógica tecnocientífica, com o reconhecimento da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo, possuidores de histórias e vivências singulares, onde os profissionais e usuários, ao se colocarem em uma atitude de escuta, se dispõem a se transformar e a transformarem o outro.

Póvoa (2002), ao analisar diferentes abordagens teóricas sobre o cuidado na atenção à saúde ressalta que, para se ter cuidado com o outro é essencial que haja atenção e que esta deve ser permeada de outros predicados, como devoção, dedicação, intuição – enfim de atitudes que favoreçam a escuta e a percepção do outro em sua integralidade. Afirma que é inegável que o verdadeiro cuidado e atenção nas relações humanas em saúde são benéficos para todos os sujeitos envolvidos (profissional da saúde e usuário), entretanto “são poucos os profissionais que conseguem se desprender da postura

objetivista e associar à sua ação o sentimento de zelo comprometido com o sofrimento humano” (PÓVOA, 2002, p. 68-9).

O mesmo autor, ao discutir sobre a biomedicina, questiona se é possível ao profissional da saúde, mais especificamente ao médico, integrar uma visão científica, que valoriza a técnica objetiva, a uma outra capaz de privilegiar a arte de cuidar e de curar. Esclarece que não tem a pretensão de desconsiderar os avanços necessários e inerentes à medicina, em defesa de uma prática exclusivamente pautada na percepção de dados subjetivos ou nas dimensões socioculturais. Ressalta, ainda, a forma reducionista como a biomedicina vem conduzindo suas práticas, chamando a atenção para o risco de que os avanços científicos ou as técnicas sofisticadas sobrepujem os valores humanos, desconsiderando a ética e provoquem o afastamento da subjetividade e da singularidade da pessoa, sujeito do cuidado (PÓVOA, 2002).

Benevides e Passos (2005) reforçam tal assertiva, ao considerarem que no processo de produção da saúde se deve reconhecer todos os sujeitos envolvidos. O reconhecimento das subjetividades destes sujeitos (trabalhadores e usuários) e do seu protagonismo na produção dos atos de saúde, passou a direcionar, no âmbito nacional, a formulação de políticas públicas, em especial, a Política Nacional de Humanização (PNH).

Para Deslandes (2004), a humanização representa um conjunto de iniciativas que visam a qualificar as formas de assistência que valorizam a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e de suas referências culturais, implicando ainda a valorização e satisfação dos profissionais de saúde e usuários. Portanto, as diretrizes dessa política devem estar verdadeiramente articuladas com um cuidar que não diz respeito somente às tecnologias e saberes limitados ao processo de saúde-doença, mas na perspectiva de uma construção dialógica que permita o estabelecimento de vínculos, bem como a responsabilização compartilhada.

Considerando a escuta a forma de materialização dos sujeitos na produção do cuidado na saúde, pretende-se, neste ensaio, olhar para o cotidiano das nossas práticas e, a partir dele, refletir acerca da escuta como cuidado no Hospital Sofia Feldman (HSF).

A escuta materializada no cotidiano do Hospital Sofia Feldman

Considera-se que a humanização da assistência aos usuários no HSF tem norteado a proposição e implementação de práticas cuidadoras, desde o início de suas atividades, em 1982. Do mesmo modo, o controle social tem atuado, participando da gestão hospitalar por meio de lideranças comunitárias, gestores dos serviços públicos de saúde, conselhos de saúde, voluntários e trabalhadores (BRITO *et al.* 2006).

A gestão do HSF foi discutida e reorganizada em meados de 2003, a partir de discussões sobre a humanização da assistência em saúde, da integralidade e da gestão participativa/colegiada, sendo organizada sob a lógica de linhas de cuidado. Nesta lógica, as linhas de cuidado não podem ser delimitadas apenas pelo plano terapêutico, mas devem também considerar e utilizar todas as tecnologias disponíveis, incluindo aquelas relativas à micropolítica do trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre os profissionais e entre estes e os usuários, a fim de atender a seus anseios e necessidades. Possibilita-se, assim, a criação de espaços para encontros, escutas e trocas, favorecendo a responsabilização e a criação de vínculos entre os sujeitos (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Identifica-se, ao longo dos anos, que o HSF possui uma tradição no exercício de uma gestão sustentada por esses valores. Entretanto, a busca por uma forma de gestão, que compartilhe as decisões e responsabilidades e que agregue pessoas, tem-se apresentado como um desafio no cotidiano da instituição. Nestas práticas de gestão, um dos pontos destacados é a proximidade entre os membros diretores, trabalhadores e usuários, conformando espaços de interlocução entre os diferentes atores.

Desde 1996, optou-se pela realização de planejamentos estratégicos que permitissem a identificação, discussão e tomadas de decisão relacionadas à gestão do hospital, feitos de forma participativa. Assim, desde o primeiro planejamento, contou-se com a participação de representantes dos diversos setores assistenciais, administrativos e de apoio do hospital; representantes da comunidade por meio da diretoria da Associação Comunitária dos Amigos e Usuários do HSF (ACAU/HSF) e conselheiros de saúde dos distritos de referência; representantes da diretoria da fundação e de gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), incluindo o

nível central e os distritos sanitários para os quais o hospital é referência. Na maioria desses encontros, houve assessoria qualificada de um sanitarista, especialista em planejamento em saúde. Tal participação sensibilizou e orientou o grupo gestor no processo de mudança, o que resultou na implantação da gestão participativa/colegiada.

Essa prática de gestão veio reforçar e materializar valores preexistentes no cotidiano da instituição, relativos não apenas ao modo de gerir, mas também e, especialmente, no reconhecimento e valorização do outro, seja este usuário/controlador social ou profissional/trabalhador.

A gestão colegiada tem sido implementada, muitas vezes, orientada por normas que determinam alguns modos de operar, como por exemplo, reuniões sistemáticas, agendadas periodicamente para cada um dos colegiados das linhas de cuidado, reuniões ordinárias do conselho local de saúde, dentre outras. Entretanto, deve-se ressaltar que tal obrigatoriedade não tem engessado o processo de gestão, pois, como é próprio da instituição, são diversos os espaços criados informalmente e que permitem conversas e encontros entre os diferentes sujeitos, e que se configuram como disparadores de diversas decisões e ações necessárias à dinamicidade do trabalho na instituição.

Um dos aspectos favorecedores dessa situação é a presença de membros do colegiado diretor no cotidiano da assistência, momentos em que procuram estabelecer uma relação dialógica com os sujeitos, reduzindo as assimetrias hierárquicas, possibilitando a interação dos trabalhadores e usuários, bem como a escuta das principais demandas que permeiam a produção do cuidado na instituição.

Nessa mesma perspectiva, membros da gestão do hospital têm participado de fóruns de discussão e decisão na rede de saúde e em outras organizações sociais, tais como os movimentos em defesa da mulher, contra a violência e em defesa da criança. Essa participação, ao mesmo tempo em que permite aos representantes do HSF escutar as demandas relacionadas à instituição, permite oferecer sua contribuição para a construção da rede de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal. Internamente, observa-se que esse movimento favorece a reflexão e mudanças necessárias às práticas cuidadoras. No que diz respeito à construção da rede, vivencia-se a possibilidade de estabelecimento de trocas solidárias, compartilhando valores e

práticas que têm favorecido a construção e reconstrução de práticas de cuidado e gestão em outras instituições. A título de exemplo, podem ser mencionadas algumas práticas, como a inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e nascimento, a doula comunitária e a qualificação do controle social para a atuação nos serviços de assistência à mulher e ao recém-nascido.

O Ministério da Saúde (MS), nos últimos anos, tem incentivado e investido na formação de enfermeiros especialistas em Enfermagem Obstétrica, apoiando sua inserção na assistência direta ao parto normal sem distócia. Tais medidas foram tomadas ao se reconhecer que a atuação desse profissional representa importante estratégia de humanização da assistência e de redução dos índices de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 1998 e 1999). O HSF, além de ter esse profissional atuando desde o início da maternidade, tem também contribuído para sua formação na implementação de curso *lato sensu*, em parceria com a Escola de Enfermagem da UFMG, desde 1999.

Assim, profissionais especializados têm sido disponibilizados no mercado de trabalho, para atuação em outras maternidades e na rede básica de saúde, de Belo Horizonte e de outros municípios mineiros. No último ano, a SMSA/BH, tomando como referência as recomendações do MS e os indicadores assistenciais do HSF, decidiu inserir o enfermeiro obstetra na assistência ao parto e nascimento numa maternidade pública recentemente inaugurada.

O projeto de capacitação e atuação da doula comunitária representa mais uma estratégia importante no contexto da humanização da assistência ao parto e nascimento que vem sendo implementada pelo HSF há alguns anos. O termo *doula* deriva do grego, entretanto, atualmente, no contexto da assistência às mulheres usuárias do SUS, tem sido entendida e utilizada para se referir a uma mulher experiente em parto, que proporciona suporte físico e emocional, além de oferecer informações, de forma contínua à mulher antes, durante e após o nascimento, atuando por meio do trabalho voluntário.

Desde 2003, o HSF tem socializado essa prática com outras instituições de saúde de Minas Gerais e de outros estados, por meio do oferecimento de cursos de capacitação de doulas e da sensibilização de profissionais envolvidos na assistência à mulher e ao recém-nascido, contando com o incentivo financeiro do MS. Em Belo Hori-

zonte, a partir de 2006, o Projeto Doula tomou nova dimensão ao ser incorporado pela SMSA/BH, com sua implantação em todas as maternidades públicas e conveniadas ao SUS do município.

Quanto ao projeto de capacitação de conselheiros de saúde, o HSF, em parceria com a Comissão Perinatal da SMSA/BH e do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH), discutiu e elaborou a proposta de curso com a finalidade de capacitar conselheiros e voluntários para exercerem o controle social na atenção à saúde da mulher e da criança, no âmbito dos serviços de saúde do município, como estratégia de humanização da assistência. No momento, o projeto está em fase de implementação, já tendo capacitado conselheiros da maioria das maternidades públicas e conveniadas ao SUS de Belo Horizonte. Destaca-se que um dos principais produtos esperados se refere ao preparo do conselheiro para o levantamento da satisfação das usuárias e de seus familiares, com os devidos encaminhamentos da informação, o que tem subsidiado as tomadas de decisões por parte dos gestores das maternidades.

Esses e outros projetos e práticas cuidadoras têm sido propostos, incentivados e apoiados pela gestão do HSF, buscando-se não só sua implementação no seio da comunidade usuária da Instituição mas, principalmente, no sentido de socializá-las e ampliá-las ao máximo possível para que possam, efetivamente impactar nas mudanças desejadas do modelo de assistência. Uma assistência em que estejamos efetivamente cuidando dos sujeitos, atendendo às suas reais necessidades, ou seja, aproximando-nos de seu “projeto de felicidade” (AYRES, 2004b, p. 85), o que só é possível utilizando-se a escuta e o diálogo como mediadores.

No HSF, por entender que os serviços prestados pelo SUS devem ser de excelência, como um direito do cidadão, os gestores buscam permanentemente, com a comunidade e gestores municipais, estratégias de melhoria e de avaliação da qualidade da assistência oferecida. Com essa parceria tem sido possível avançar significativamente na criação, ampliação e aperfeiçoamento de tecnologias assistenciais. o que tem impactado positivamente no cuidado ofertado à população (BRITO *et al.*, 2006).

Tais estratégias encontram sustentação em Deslandes (2004), ao tratar da humanização da assistência no sistema de saúde, afirmando

que esta implica estímulo ao protagonismo dos sujeitos e na criação de espaços de construção e troca de saberes, bem como um olhar ampliado sobre a produção do cuidado em saúde. Assim, entende-se que o cuidado acontece na perspectiva do encontro entre profissionais de saúde e usuários, deslocando-se o “o foco da intervenção das práticas de saúde, da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes” (LACERDA; VALLA; 2004, p. 95).

Ayres (2005) defende a humanização como um valor, e propõe uma discussão que escape à restrição dos conteúdos estritamente tecnocientíficos das práticas de saúde. O autor aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde se dá a partir do estabelecimento de interações intersubjetivas e por meio de um diálogo, o mais simétrico possível, entre profissionais de saúde e usuários, permitindo uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual de seus valores e verdades.

Pelo exposto, o cuidado, numa perspectiva humanizada implica uma mudança nos valores e nos atos, e desafia a buscar alternativas para atender às necessidades, interesses e desejos de usuários, profissionais e serviços de saúde. Dessa maneira, no HSF, a escuta é um valor compartilhado e determinante, podendo-se afirmar que a partir dela tem sido identificados os desejos e necessidades da comunidade por uma assistência integral à saúde, sendo um valor que continuamente orienta o trabalho na instituição.

Na assistência ao usuário sempre foi aberta a criação de espaços e condições que permitissem e legitimassem a escuta e o diálogo dos usuários entre si, com gestores, trabalhadores e controle social.

Uma situação que pode ser tomada como representativa das possibilidades da escuta e do diálogo, são as reuniões realizadas na Casa de Sofias¹ e mediadas pela terapeuta ocupacional e pela assistente social. Quando necessário, é solicitada a presença de outros profissionais que possam contribuir no atendimento às demandas apresentadas pelo grupo.

¹ Casa de Sofias é uma unidade de cuidado localizada nas proximidades do hospital e destina-se à permanência das mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal. Durante a permanência, garantem-se às mulheres condições de repouso, alimentação e o acompanhamento pela equipe multiprofissional.

A reunião busca orientar as mães sobre o funcionamento da Casa de Sofias e da instituição, possibilitar um espaço de escuta e esclarecimento quanto à assistência oferecida ao recém-nascido e compartilhar as vivências das mães na Casa e na instituição, favorecendo o diálogo entre as mães e a equipe, assim como o estabelecimento de compromissos e responsabilidades. Esses encontros se configuram no que Merhy (2006) nomeia como praças de conversas. Para o autor, nessas praças, os profissionais e as pessoas envolvidas expõem seus projetos, desejos e necessidades frente a um determinado assunto.

Esse espaço tem possibilitado a construção e o reconhecimento da alteridade da mãe e o exercício da sua autonomia, que se reflete no modo como ela se relaciona com as outras mães e com os profissionais envolvidos no cuidado do seu filho. Ao vivenciar as possibilidades de diálogo e escuta nas reuniões, as mães os incorporam nas relações que estabelecem entre si, com a equipe e até mesmo com seus familiares, criando novas formas de se relacionar e existir no mundo.

No que diz respeito à participação dos usuários, o Hospital, junto com a ACAU/HSF e o Conselho Local de Saúde, criou alguns projetos que facilitam tal inserção. Dentre estes, há o dos Plantonistas Sociais, integrantes do Conselho de Saúde do HSF e diretores da ACAU/HSF que permanecem no hospital no período das 19 às 7 horas, diariamente, fazendo uma escuta constante das demandas de usuários e trabalhadores. As demandas identificadas são atendidas por eles ou encaminhadas para a Linha de Políticas Institucionais e/ou Conselho Local de Saúde.

Verifica-se que, pelo fato de estarem presentes tanto no espaço da gestão quanto no da realização do cuidado, os plantonistas sociais apropriam-se do cotidiano da instituição e se instrumentalizam para a construção de propostas concretas para a melhoria das práticas de assistência e das condições de trabalho. Pode-se afirmar que os plantonistas sociais vivenciam espaços efetivos do exercício da democracia e do controle social que permitem a escuta e a reivindicação de diversas demandas como direito, entendendo como uma possibilidade de transformação da realidade, ao tornar possíveis coisas até então impensadas. Neste movimento, observa-se uma postura ativa e de não-resignação desses sujeitos, permitindo reafirmar a saúde como um direito de cidadania.

Pinheiro *et al.* (2005), ao discutirem a questão das necessidades de saúde e a escuta, reafirmam a importância de se considerar a linguagem como uma mediadora do que reconhecemos como *necessidades*. Os autores destacam que as necessidades em saúde são forjadas na polifonia dos encontros da atividade do trabalho em saúde e no embate de muitas vozes sociais que se colocam como enunciatórias das demandas. Assim, quando essas vozes se deixam escutar, o processo de produção das necessidades tende a ganhar dialogicidade, e as demandas podem ser então compreendidas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde, no sentido do direito.

O exercício da escuta como cuidado nos processos formativos

Retoma-se aqui a compreensão do cuidado em saúde, inerente a todas as profissões da área, não apenas como uma ação ou procedimento terapêutico isolado direcionado àquele que necessita de cuidados, mas como prática ampla, na qual há o compromisso com os sujeitos, criando possibilidade para responder a suas reais necessidades. Ayres (2004), ao aprofundar a discussão sobre as bases teóricas do cuidado, afirma:

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 do Cuidado. (AYRES, 2004, p. 86).

Assim, depreende-se que o cuidado em saúde e, conseqüentemente, a escuta como um de seus dispositivos, é algo que se aprende no cotidiano dos cenários da produção de saúde. É na vivência das práticas cuidadoras que se oportuniza a retroalimentação entre saberes e fazeres; é onde se estabelecem as relações intersubjetivas para o efetivo cuidado, e tanto o cuidador (profissional ou estudante) quanto o usuário se beneficiam.

Pinheiro e Ceccim (2006, p. 15-16), tratando da educação dos profissionais da saúde na perspectiva da integralidade, ressaltam a relevância de se “pensar formação como educação permanente em

saúde” e de se considerar “a centralidade da integralidade em saúde como uma noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas”, imprescindível para a superação do modelo biomédico hegemônico. Assim, consideram que ensinar saúde sob a orientação estrutural da integralidade e do SUS “dá origem à atividade prática, à educação em ato e à educação permanente”, o que exige

implicação com a produção de conhecimento com sentido, com a construção de práticas cuidadoras, com as inovações por experiência, um diálogo de transformação com a qual se criam nexos constituintes entre saúde, educação e trabalho. (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 15 -16).

No HSF, instituição hospitalar especializada na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, as atividades de ensino e pesquisa são previstas como atribuição e competência da fundação, expressas no artigo 3º do Estatuto, onde se afirma que constituem finalidades da fundação, entre outras atividades assistenciais e científicas, empenhar-se no sentido de promover e criar condições propícias para diversas atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa, principalmente, aquelas relacionadas à formação de recursos humanos para a saúde (FAIS/HSF, 1988).

Atendendo às definições estatutárias e tendo seus valores assistenciais e sua missão como referências, o hospital se coloca como parceiro na formação de recursos humanos da área da saúde, buscando a qualificação de seus próprios trabalhadores e contribuindo para a formação de profissionais para o mercado de trabalho, especialmente, para atuarem junto à clientela do SUS. Neste sentido, desde seu início acolhe estudantes de nível médio, de graduação e pós-graduação para estágio curricular e extracurricular em suas dependências. Conta atualmente com a presença de estudantes de graduação em Enfermagem e de Medicina para o estágio curricular, todos os dias da semana. Para a modalidade de estágio extracurricular, tem contado com a presença de estudantes da maioria das profissões da saúde, numa relação quantitativa proporcional ao número de profissionais do quadro de trabalhadores da instituição. Portanto, predominam estagiários da Enfermagem, seguidos pelos da Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Farmácia e Bioquímica, Nutrição e, recentemente, foi agregado um estudante

do curso de Educação Física, que tem atuado junto à educadora física em atividades mais direcionadas à saúde do trabalhador.

Há que se ressaltar que o HSF, ao longo dos anos, tem valorizado, reconhecido e incentivado o trabalho do enfermeiro obstetra, em consonância com as políticas de saúde do país que reconhecem a importância da atuação desse profissional no contexto das medidas de redução da mortalidade materna e neonatal, propostas e implementadas pelo MS nos últimos anos (BRASIL, 1998 e 1999). Para tal, vem investindo e estimulando a formação de enfermeiros obstetras, em parceria com o MS e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Desde 1999, tem participado ativamente do oferecimento de cursos de especialização, por meio da atuação de seus profissionais na coordenação e na docência e, principalmente, servindo como campo de prática dos especializandos. Do mesmo modo, tem contribuído na formação de especialistas em Enfermagem Neonatal e está investindo na criação da residência multiprofissional, na área da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido e em cursos próprios nas modalidades de Residência Médica e de Especialização em Enfermagem Neonatal.

Tais iniciativas expressam o desejo institucional de incentivar e propiciar práticas mais eficazes de trabalho em equipe, numa experiência pedagógica em que deve haver respeito pela autonomia de cada um dos profissionais, mas que, ao mesmo tempo, não se materializa sem a interação de saberes. Como explicita Mattos (2007, p. 135), ao discorrer sobre uma nova ética na saúde, para o trabalho em equipe, exige-se que o profissional se dispa da sua “autoridade científica” e reconheça que “o cuidado em saúde é cada vez mais exercido por diferentes profissionais, cada um formado com outras idéias e em outras atmosferas.”

Refletindo sobre as práticas cuidadoras implementadas no hospital, direcionadas à mulher, ao recém-nascido e à família, busca-se focar no objeto da discussão que é a escuta. As imagens que surgem assemelham-se à de um caleidoscópio na sua dinamicidade e possibilidade de diferentes combinações de formas e cores. Assim, também, se apresenta a nós a escuta no cotidiano do cuidado, especialmente pela riqueza dos valores e pela potência transformadora presentes na inter-relação que se estabelece entre os sujeitos e as suas próprias práticas.

Daí surge a questão posta inicialmente: é possível ensinar a escuta como cuidado? Acredita-se que no cenário do caleidoscópio, do mesmo modo que não é possível separar cuidado/escuta, não se separa o fazer/aprender/saber. Tais valores são interligados e inseparáveis quando há a intencionalidade de se oferecer uma atenção qualificada à saúde, reconhecida como direito do cidadão. Portanto, a escuta como um dispositivo das práticas cuidadoras em saúde pode, sim, ser ensinada, desde que vivenciada pelo sujeito (estudante ou profissional) no cotidiano da assistência, pois acredita-se que esse não é um valor passível de ser aprendido, mas apreendido.

Considerações finais

Neste ensaio, convidamos o leitor a refletir sobre a escuta no âmbito da saúde, articulando os conceitos aqui utilizados com as práticas desenvolvidas no Hospital Sofia Feldman, e finalizamos defendendo a possibilidade de ensinar a escuta no cuidado.

Como vimos, a escuta faz-se necessária para a apreensão das necessidades de saúde, considerando-se a subjetividade dos sujeitos envolvidos. No hospital, a escuta é experienciada pelos usuários, profissionais e gestores nos seus diferentes lugares de atuação, o que tem possibilitado a construção e reconstrução de práticas integradoras e uma afirmação positiva do direito à saúde.

Partindo da premissa de que a escuta acontece no encontro entre os sujeitos, defendemos seu ensinamento a partir da articulação entre o saber/fazer/aprender, possibilitando a construção de uma nova forma de existir dos sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004b.
- _____. 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. 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-568, 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815 de 29 de maio 1998. Trata da inclusão do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/

SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia do enfermeiro. *Diário Oficial da União*, Brasília, s. 1, p. 47, 2 jun. 1998.

_____. Portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília. *Diário Oficial da União*, s. 1 p. 51, 6 ago. 1999.

BRITO, M. J. M. et al. Experiência de integralidade no curso de graduação de Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

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

DURÃES-PEREIRA, M. B. B. B.; NOVO, N. F.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*. v. 12, n. 2, p. 465-467, 2007.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. *Estatuto de criação da Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman – FAIS/HSF*. Belo Horizonte: Curadoria de Fundações, 1988.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento, p. 91-102. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educsc, 2006. p. 65-80.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como um desafio permanente de alguma estratégias gerenciais. *Ciências & Saúde Coletiva*. v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, G. G. (Org.). *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, 2006.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 11-32.

PÓVOA, E. C. *Entre a escuta e a ausculta: uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?

ANA LUCIA C. HECKERT

É possível ensinar? É possível ensinar a escutar? O que significa a escuta como cuidado? Pensamos cuidado, ensino e escuta como processos que não guardam entre si uma relação de externalidade. Nesta medida, nos afastamos da compreensão de que há um outro sobre o qual atuamos, intervimos e depositamos conhecimentos e técnicas, de quem extraímos saberes, de quem cuidamos. Partilhamos da compreensão de que sujeitos e objetos se constituem nas relações, e não como unidades independentes e que guardam uma relação de interação entre estas unidades. Neste sentido, é preciso que façamos uma inflexão nas questões anteriores, indagando: o que se passa na formação? O que se passa na escuta?

Paulo Freire (1978) já havia nos advertido acerca de uma perspectiva bancária na relação com o outro, apontando que não haveria em um pólo um sujeito de suposto saber e, no pólo oposto, um sujeito destituído de saber. Pensar a formação, a escuta e o cuidado na perspectiva bancária traz vários e sérios efeitos. Portanto, a pergunta “É possível ensinar a escutar?” nos lança neste terreno de provocações. Tais provocações nos atizam à produção de outros sentidos, diversos daqueles já instituídos, do que temos tomado como escuta e como ensino.

Freud já nos teria advertido que educar é tarefa impossível, posto que sua realização jamais poderia ser alcançada integralmente (MILLOT, 1987). O que estaria sendo afirmado aqui não nos parece da ordem da incapacidade de uma educação, de sua impotência, mas

sim da ordem da impossibilidade do controle e da sujeição de modo absoluto, da impossibilidade das generalizações. O que Freud nos auxiliou a perceber é que a escuta não é algo que se ensina por um ato pedagógico, pela transmissão de um conteúdo a ser aplicado. Como nos alerta Kupermann (2004), o mais importante não pode ser transmitido como técnica.

Ao contrário disso, a escuta (clínica) para Freud, como nos mostra Kastrup (2007), exigiria uma espécie de atenção flutuante,¹ uma vez que o perigo da focalização da atenção do analista é que essa “concentração” o levaria a negligenciar aspectos fundamentais – e mais, o levaria a “descobrir o que já sabe” (Freud *apud* KASTRUP, 2007, p. 1).

Se entendemos que ensinar é abrir-se ao estranhamento, àquilo que em nós não há respostas prévias e é índice de nossa ignorância, também poderíamos dizer que ensinar a escutar é tarefa impossível. E esta impossibilidade se daria porque estaríamos transitando num campo de simplificação da escuta, reduzida, exclusivamente, ao “ouvir pedidos”, a coletar dados a partir de perguntas encaminhadas com respostas prontas, a uma técnica a ser operacionalizada. Sairíamos do campo da escuta como experimentação e nos manteríamos no terreno da confirmação de hipóteses previamente traçadas. Ou seja, permanecemos capturados num método de escuta em que a meta tem a primazia em relação ao caminhar (*meta/hodos*). Mas, se aceitamos o desafio de que a escuta requer transitar num terreno complexo,² talvez seja necessário entendê-la como *hodos meta*, isto é, no caminhar é que a direção (*meta*) se constitui (BENEVIDES; PASSOS, 2000). Portanto, tomar essa provocação nas mãos nos arrasta para um campo de discussão acerca dos processos de for-

¹A atenção flutuante em Freud consistiria num esforço em manter a atenção numa espécie de mobilidade, o não privilégio *a priori* de elementos da fala do paciente, uma abertura que implica abrir mão de preconceitos. Em outro sentido, diverso ao de Freud quando traz a importância de que os preconceitos do analista não interfiram na seleção do material a ser escutado, a Análise Institucional traz como contribuição a noção de implicação que abordaremos em outro momento deste artigo.

² Aludimos aqui ao paradigma da complexidade que aponta para a heterogênesse dos processos, contrapondo-se às explicações causais e lineares. Neste caso, não caberia dizer que os processos são “mais” ou “menos” complexos, uma vez que isso significa estabelecer uma relação hierárquica entre os mesmos. Complexo diz respeito à imprevisibilidade e variabilidade que constitui o vivo, à multiplicidade de vetores que produzem determinada prática, determinado objeto.

mação, exigindo que coloquemos em análise o conceito de cuidado e o conceito de formação.

Neste ensaio, priorizaremos o debate acerca da formação e da escuta, uma vez que muitos autores (AYRES, 2003; MERHY, 1999; TEIXEIRA, 2003) têm trazido importantes contribuições à problematização do cuidado em saúde, indicando, especialmente, que o cuidar não pode ser reduzido a uma dimensão técnica. Ou seja, o cuidado não se restringe à apropriação de tecnologias “duras”, tampouco deve se efetuar como ato individualizador e culpabilizador do outro por suas condições de vida, de trabalho e de saúde. Discutir as práticas de cuidado impõe, necessariamente, análise dos processos de gestão e de trabalho na saúde. Ao mesmo tempo, no campo da saúde pode-se perceber que o tema da comunicação, inclusão e escuta dos usuários e profissionais de saúde tem ganhado relevo.

A interrogação acerca do debate proposto nos permite, então, traçar outras provocações. Seria o caso de debater se é possível ensinar a escuta como cuidado ou se trata de interrogar o que se passa na escuta, o que se passa nos processos de formação? Poderíamos, então, tomar a formação em duas linhas, que se entrecruzam permanentemente: como produção de escuta surda³ e como modo de construção da escuta como experimentação. Para isso, nosso debate se inicia com uma breve análise dos processos de formação para, em seguida, problematizar a questão da escuta.

Fôrmas de ação, formas de ação: a formação como usina

O debate atual no campo da formação tem acentuado a importância de revisão dos modos como vimos compreendendo e intervindo nesse campo. Apesar das muitas contribuições oriundas de várias áreas (educação, educação popular, psicologia, etc.), ainda persiste entre nós uma acepção de formação vinculada à transmissão de conhecimentos e informações, permeada por um viés comportamentalista-cognitivo que visa à mudança de atitudes. Esse viés se presentifica, seja nos cursos de formação dos profissionais de saúde, seja nos chamados processos de capacitação dos profissionais, bem como no campo da Educação em Saúde.

³ Tomo a idéia de escuta surda de empréstimo de Baptista (1999 e 2000).

A aposta em processos de formação, em seu viés libertário e produtor de autonomia, difere daquelas noções que tomam a educação como repasse de informações de um emissor a um receptor. Compreendendo que tais pólos (emissor e receptor) são entes já dados, já formatados, preexistentes, não se consegue entender que a produção de sujeitos se faz no encontro entre forças e processos de vários matizes. As tessituras desses vários matizes se afastam daquelas ações de formação eminentemente prescritivas, modeladoras, voltadas à mudança de comportamento e tomando os sujeitos em abstrato, metro-padrão modelar e homogêneo.

As ações de formação fundamentadas em teorias da aprendizagem de corte cognitivo-comportamentalista desprezam os saberes e experiências dos sujeitos, focalizando a doença e pouco contribuindo na produção de saúde. Aliás, cabe ainda indagar qual noção de saúde permeiam estas práticas. A saúde seria um estado de equilíbrio a ser encontrado e quando este equilíbrio se coloca como uma impossibilidade entra em cena a compreensão de que ter saúde seria lidar com os limites já impostos ao corpo. Neste caso, ter saúde seria regular o des-regulado, aprender a conviver com impossibilidades. Como afirma Cyrino (2005), parte-se da compreensão de que há uma relação direta e mecânica entre conhecimento e comportamento. Neste caminho, as práticas de educação em saúde, por exemplo, visariam à mudança do comportamento inadequado e reforço dos comportamentos prescritos como saudáveis.

O que prevalece nas perspectivas cognitivo-comportamentalistas é a compreensão de que há uma relação direta entre homem e meio externo, a aprendizagem implica mudança comportamental e se dá como consequência da relação estímulo-resposta, das informações veiculadas, dos conhecimentos transmitidos. Ou seja, parte-se do pressuposto de que é possível mudar o comportamento por meio do processo de aprendizagem, modelando-o e reforçando-o; é possível prever, controlar e determinar os caminhos da aprendizagem. Desse modo, a transmissão de informação de forma planejada, com objetivos bem definidos, e avaliação externa das etapas desenvolvidas, seriam fatores a garantir um bom processo de aprendizagem e, como consequência, a alteração do comportamento pretendido.

Cabem algumas perguntas? O que estamos definindo como comportamento saudável? O que significa reduzir o humano ao seu “comportamento”? O que significa afirmar que os “comportamentos inadequados” se dão por falta ou equívoco de informação? Seria possível alterar estilos de vida (tomados como construções abstratas e anistóricas) sem compreender que tais “estilos” constituem um entrecruzamento de múltiplos processos?

De início podemos afirmar, sem maiores receios, que as perspectivas de formação, baseadas numa compreensão do sujeito como passivo, destituído de saberes competentes ao cuidado de si, assumem caráter modelar e moralizador, posto que utilizam como parâmetros prescrições divorciadas do cotidiano dos sujeitos, de seus saberes e de suas experiências. Trata-se, na verdade, da imposição (muitas vezes sutil) de saberes a um outro, supostamente visto como sujeito passível de tutela. De um lado, um emissor (conhecimento técnico-científico); do outro, um receptor (sujeito passivo destituído de saber) que deveria conscientizar-se e/ou apropriar-se de um saber competente.

Contudo, vários aportes teóricos, vindos das ciências humanas inclusive, têm mostrado que a produção de saúde, o controle social etc. não têm correspondência direta com a “falta” de informações “pertinentes”. As jovens que engravidam, não tiveram filhos, necessariamente, por falta de informações. O tabagista não mantém o uso de tabaco por desconhecimento dos danos à sua saúde. O diabético não atende às prescrições, não efetiva cuidados prescritos, exclusivamente por um déficit de informações, por ignorância de conhecimentos e práticas adequadas. Os profissionais de saúde não mudam suas práticas por desconhecimento de um suposto saber competente. O controle social não se efetiva apenas por falta de informações relativas às políticas de saúde.

Há aí um terreno complexo em que perspectivas conceituais reducionistas não dão conta de compreender. As informações, a apropriação de conhecimentos técnico-científicos, por si só, não redundam em mudança das práticas. Desse modo, podemos já afirmar que as ações de formação que se fazem de forma verticalizada, ou até mesmo apenas horizontalizada, não têm condições de alterar as práticas instituídas e naturalizadas pelos sujeitos.

As mudanças nas práticas vinculam-se às apostas que podemos efetivar no sentido de criar ações de formação problematizadoras das evidências que nos constituem como sujeitos (FOUCAULT, 1984), do cuidado em saúde como prática que se efetua em meio ao compartilhamento de experiências.

Dessa perspectiva de formação, em sua versão unilateral e tecnicista, acopla-se a noção de cuidado, ainda hegemônica, como processo individual de proteção do corpo, da saúde, independentemente das condições sociais, históricas, culturais e econômicas. O cuidado, como ato solitário e individual, torna-se mais um meio de culpabilização dos indivíduos, de responsabilização individual pelo que ocorre em suas vidas. O cuidado, definido como iniciativa individual (de profissionais e/ou usuários), habilidade de solucionar problemas, como meio de controlar os fatores que interferem negativamente na promoção de saúde, como capacidade de lidar com limites impostos ao corpo, despreza questões fundamentais. Uma delas seria que a solução de problemas se atém a certo quadro de problemas recortados por um conjunto de saberes eminentemente técnicos, por relações de poder que desprezam o que os próprios sujeitos definem e anunciam como problema em suas vidas cotidianas.

A autonomia, prescrita nesta acepção de cuidado, está referida a uma autonomia que é exercida e construída individualmente, e não a um processo de negociação e construção coletiva. Ainda que as práticas de cuidado coloquem em cena a relação entre sujeitos, as prescrições (homogeneizadoras) do que seja produção de saúde fundamentam-se em especialismos desqualificadores dos saberes cotidianos, dos saberes construídos pelos sujeitos para lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que constituem o humano.

Ressaltamos, assim, que a formação acaba por se engendrar como fôrmas de ação (HECKERT, 1992), produtora de ecos a serem repetidos indistintamente. Trata-se de processos de formação divorciados dos processos de intervenção que refletem sobre, pensam sobre, interferem sobre, mas não refletem/pensam/interferem com os sujeitos. Quando os processos de formação operam por meio da fragmentação de saberes, descolada dos processos de trabalho,⁴ dos sussurros e cheiros do mundo em que vivemos, acabamos por realimentar latifundiários do saber que tutelam os sujeitos. E é neste

sentido que a formação é um vetor fundamental na produção de saberes/fazeres modeladores das formas de existência, ao mesmo tempo em que pode se constituir como espaço de compartilhamento de experiências.

Quando afirmamos que a formação não se reduz a um processo de transmissão de conhecimentos/informações, tampouco se faz de modo contínuo e somatório, é porque compreendemos que todo processo de formação se produz no encontro com a alteridade.⁵ Todo processo de formação é processo de produção de subjetividade e se faz em meio a processos de luta que implicam movimentos de desterritorialização e reterritorialização⁶.

Foucault, ao chamar atenção para uma noção de saber como luta, batalha entre forças, contrapunha-se àquelas postulações do conhecimento como uma matéria já dada *a priori*, disponível no mundo para ser apreendido e aplicado. Ao contrário da noção do conhecimento como ferramenta de compreensão e explicação do mundo, Foucault (1979, p. 27) afirmava que o saber “[...] é feito para cortar.” Apontando para uma compreensão de conhecimento como efeito de relações de poder e saber, esse filósofo também colocava em questão

⁴Aqui não identificamos trabalho com assalariamento ou emprego, mas como uma trama, um campo complexo e instável, uma rede de conexões que se produz incessantemente. Os trabalhadores, para realizarem as tarefas definidas nos ambientes laborais, acordadas com a chefia e com os demais companheiros, elaboram, a cada situação que se coloca, um modo de trabalhar, maneiras de realizar o trabalho, improvisam ações, inventam estratégias que expressam a inteligência própria do trabalho humano. Com essa finalidade produzem determinado tipo de organização do trabalho, ou seja, uma forma específica de agir, de se relacionar com os colegas e de estabelecer regras específicas na divisão de tarefas. Além disso, o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva entre os trabalhadores, numa dinâmica que se realiza em meio a saberes, valores, experiências. A essa dinâmica nomeamos processo de trabalho. Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros.

⁵ Encontro aqui não diz respeito ao encontro de um eu com um outro, seja este outro um conhecimento, uma tecnologia, ou um outro “eu”. Alteridade não é o encontro com aquilo que difere de mim, mas com o que difere em mim. (MACHADO; LAVRADOR, 2007).

⁶ Os territórios são campos delimitados que se articulam uns aos outros e incluem tanto um espaço geográfico, como um espaço existencial. Contudo, os territórios podem sair de seu curso, destruindo-se, desmanchando-se, ou ainda endurecendo-se. A desterritorialização diz respeito ao “desmanchamento” de uma forma já instituída e a reterritorialização seria a tentativa de recomposição dos territórios em processo de desterritorialização. A este respeito, ver Guattari e Rolnik (1986, p. 323).

postulações de uma suposta soberania do sujeito (existente *a priori*), livre e desinteressado, que produziria saberes em um deserto de história, economia, política, cultura.

Essas relações de “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas [...] não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento. (FOUCAULT, 1983, p. 30).

Tomar a formação, a produção do saber, como efeito de processos em luta nos abre a possibilidade de fazê-la funcionar como um dispositivo potente de intervenção, como usina de produção. É neste sentido que temos afirmado a formação como potência disruptiva (HECKERT; NEVES, 2007), o que nos lança num campo de análise e interrogação permanente do estado de coisas instituído (as formas) e da abertura ao imponderável e imprevisível campo dos movimentos de criação. Ao ressaltar o caráter intervencionista do conhecimento, recusa-se a falsa dicotomia saber-fazer, formar-intervir, teoria-prática; afirmando que formar é intervir.

Contudo, é importante ainda advertir que a afirmação da indissociabilidade formar-intervir está entrelaçada a uma aposta ético-política de produção de vidas dignas de serem vividas, de recusa e indignação com o estado de coisas (formas instituídas) que ainda vigora no campo das políticas públicas. Tal estado de coisas diz respeito tanto aos recursos públicos destinados à saúde, à iniquidade nas políticas públicas de saúde e abrangem, também, práticas arraigadas em preconceitos segregadores, processos de gestão verticalizados, fragmentação e precarização dos processos de trabalho, modelos de atenção focalizados na queixa-conduta, baixa resolutividade nas práticas de atenção-gestão da saúde, tutela e desqualificação dos sujeitos, dentre outros.

Desse modo, afirmar tais princípios impõe a discussão dos modos de fazer os processos de formação. No lugar de regras prescritoras, de práticas bancárias, de fortalecimento dos especialismos, a forma-

ção-intervenção requer ser acionada como dispositivo de abertura a outras sensibilidades, colocando em cena, sempre, a análise das instituições que atravessam os processos de formação de modo a ampliar os graus de transversalidade.⁷

Com essa discussão queremos apontar que somente é possível pensar numa escuta como experimentação, como reinvenção de si e do mundo, se colocamos em análise os processos de formação em que os modos de escuta são engendrados. O que é escutado e como se escuta está atravessado por um campo de práticas sempre em movimento entre formas e forças.

Os processos de formação: escuta surda e escuta como experimentação

Retomamos agora a discussão dos modos de escuta visando a analisar como os processos de formação se dão na encruzilhada, numa espécie de fio da navalha, entre a produção de escuta surda e da escuta-experimentação. Baptista (2000), quando analisou os processos de formação como fábrica, como modo de produção de sujeitos, indicou que esses processos se forjavam em meio a várias práticas e produziam diversos efeitos. Dentre eles, destacou a escuta surda como efeito de práticas de formação intimidadoras, pautadas nos preceitos cientificistas de neutralidade que, no lugar de se contaminar pelos movimentos da vida, os afasta em nome da rigorosidade e objetividade e contribui para a repetição dos modos de existência instituídos.

Intimizar a vida quer dizer colocá-la para dentro, destituí-la da história das práticas humanas, esvaziando sua multiplicidade de formas e de conexões. A partir daí, o público e o privado se dicotomizam em antagonísticos espaços, reificam-se [...]. Fechada, a vida perde movimento, força política, e o capital se multiplica, obscurecendo a visibilidade da produção dos modos de vida [...]. Sem movimento, desmaterializa-se, tornando-se dádiva ou estorvo, diluindo do cotidiano a emergência e o espaço da produção – do assujeitamento e da transgressão. (BAPTISTA, 1999, p. 34).

Estamos chamando de escuta surda aquelas práticas que ouvem sem escutar. O que isto significa? Uma escuta surda se constitui quando no

⁷ A transversalidade se opõe, conforme apontado por Guattari (1981, p. 95), à pura verticalidade e à simples horizontalidade. Diz respeito ao grau de abertura à alteridade, tendendo-se a realizar-se quando se opera um aumento do grau de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, entre os diferentes grupos.

lugar de indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, nos deixamos conduzir por estas, reificando-as. Produz-se aí uma medicina das evidências, uma psicologia das evidências, uma enfermagem das evidências que, tendo seus procedimentos dirigidos por naturalizações, pouco consegue captar as singularidades que permeiam o humano, a variabilidade e imprevisibilidade que constitui o vivo. Neste sentido, a escuta acaba sendo reduzida a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências, de sinais, ou ainda, a um jogo interpretativo. A escuta surda produz como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro.

Essas questões nos levam a realçar um outro elemento em nossa discussão e que diz respeito ao especialismo, ao lugar do profissional de saúde no processo de escuta. O discurso competente é aquele que, permeado pela separação entre técnica e política, se outorga como portador de uma verdade sobre o sujeito, sobre o corpo, sobre a saúde. Detentor de um suposto saber (técnico e neutro), ao profissional caberia a análise e compreensão *sobre* o sujeito, captando suas dificuldades, problemas, necessidades. Ou ainda, permeado por intenções participativas e democratizadoras, caberiam aos profissionais “conscientizar” os sujeitos acerca dos processos que permeiam suas próprias vidas, indicando caminhos. Trata-se, ambas, de práticas que falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida. O especialismo produz uma escuta surda, por erigir o cuidado como tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação.

Poderíamos dizer que essa escuta permaneceria no campo de uma escuta moral, prescritora de modos de vida, julgadora de práticas, deixando-se conduzir por valores instituídos sem a correspondente indagação destes mesmos valores. Mantém-se, portanto, capturada no plano das formas constituídas. A escuta surda seria, então, aquela que reduz o sujeito a uma suposta identidade, não percebendo que a subjetividade não se reduz a um “eu”, não porta uma essência, pois quando nos conduzimos por essas noções tomamos os desvios, as variações, o que difere, como erros e perturbações a serem corrigidos e controlados, como desequilíbrio a ser contido. A escuta surda, como nos alerta Baptista (1999), não se lembra do rosto e dos nomes dos usuários e dos profissionais, da cor dos olhos e da pele, dos cheiros, das rugas e cicatrizes (marcas do vivido), dos sabores e histórias.

Assim, a formação, o ensinar, dissociados dos processos de intervenção, entendidos como ato de transmissão de conhecimentos, como técnicas a serem aplicadas, produzem sujeitos e modos de existência; produzem escutas surdas. Formatam o escutar como técnica a ser transmitida por meio de um ato pedagógico em que se têm como efeito a repetição do mesmo.

Como ensinar a dar ao pente função que não é do pente (BARROS, 2001)?

Abordar a escuta num plano de abertura à alteridade implica desviar do campo da escuta como técnica para transitar no plano da escuta como experimentação, como perturbação dos modos de vida instituídos. Neste caso, poderíamos dizer que não se trata de ensinar a escutar, mas de entrar em contato, atíçar este plano do coletivo do qual todos emergimos, onde há saberes-experimentações, e não saberes como fôrmas previamente definidas a serem aplicados. Mas isso requer de início esclarecer que não estamos advogando uma posição basista que entende que o saber está no povo – como se o povo fosse o outro –, mas afirmando que o povo, o comum, somos todos e qualquer um (BENEVIDES, 2007).

Essa escuta sensível dos processos de produção de saúde, dos movimentos da vida, busca captar o que estamos em vias de diferir (FOUCAULT, 2000), a produção de novos possíveis que se forjam em meio aos processos de naturalização das práticas.

Ensinar-cuidar-escutar são práticas que criam mundos, produzem realidades e, portanto, convocam a uma análise permanente das implicações⁸ com as instituições que as atravessam. Com isso estamos falando que as práticas de cuidado, os modos de escuta, são engen-

⁸ A noção de implicação é forjada no campo da Análise Institucional, buscando confrontar-se ao cientificismo objetivista e neutro que postula a possibilidade de separação e distanciamento entre pesquisador e objeto. Ao contrário dessa neutralidade, a Análise Institucional afirma que sempre estamos implicados naquilo em que intervimos. Contudo, a implicação não deve ser uma espécie de verificação, constatação, tampouco deveria significar a compreensão do envolvimento pessoal e individual do pesquisador, dos trabalhadores sociais, com o campo de intervenção. É desse modo que será afirmada a importância não de constatar implicações, mas de operar a análise das implicações com as instituições (práticas sociais) que atravessam um dado campo, uma dada prática. A análise de implicação nos permite incluir os efeitos analisadores dos processos de intervenção, analisando a posição do profissional (pesquisador) nas relações sociais, na trama institucional. A implicação é um “nó de relações” (LOURAU, 2004, p. 190). Sempre presente em nossa atuação profissional, a implicação diz respeito aos nossos pertencimentos, investimentos libidinais, referências, posição de classe etc.

drados num campo de relações de saber e poder que precisamos colocar em análise permanentemente. Não se trataria, então, de evitar preconceitos, naturalizações, mas de colocá-los em discussão. O que é privilegiado no processo de escuta, o que é desprezado, silenciado ou acolhido, diz respeito às implicações e aos encontros que se efetuam entre os sujeitos em questão. Portanto diz respeito não a um campo intersubjetivo, mas às linhas macro e micropolíticas que constituem esses sujeitos. Como apontam Mairesse e Galli (2002), no processo de escuta se expressa tanto o que se deseja escutar, o que se pede para falar e o que é falado; o que se oferta e o que se demanda. Neste ato de escuta no campo da saúde estão em cena os pedidos que são ouvidos (primeiro movimento) e as demandas que precisam ser analisadas (posto que não são naturais), podendo nesse processo operar inflexões e desvios que nos permitem também criar outras demandas, outras apostas.

A convocação que têm permeado algumas apostas no campo da formação é o deslocamento da escuta do plano de um “eu” que ouviu outro “eu”, para colocá-la no plano dos encontros entre práticas, forças, movimentos. Ou seja, tomar a escuta como produção da diferença,⁹ como estranhamento dos modos de existência instituídos e banalizados. Esse deslocamento só é possível com a afirmação de princípios ético-políticos, e que dizem respeito à afirmação da vida e a responsabilidade coletiva com aquilo que criamos.

Esta sutil arte da escuta, não de forja de práticas de formação piedosas e tecnicistas, compreende os sujeitos como entes abstratos e destituídos de experiência. O desafio é criar modos de operar os processos de formação de forma a experimentar a desestabilização das nossas certezas, a provocar a formulação de novos problemas, e não apenas a solução para problemas já formulados. Ou seja, processos de formação-intervenção como dispositivo de abertura a outras sensibilidades (escuta). É na escuta-cuidado que (re)criamos as relações, o mundo e, desse modo, torna-se fundamental criar estratégias que nos permitam escutar as diferenças que nos desassossegam

⁹ Falamos de produção da diferença e não do diferente. A diferença diria respeito ao plano das forças, à processualidade que interroga e desmancha territórios instituídos, o diferir de nós mesmos, das formas naturalizadas de existência. O “diferente de” remete a um campo de reconhecimento de identidades já formatadas, ao plano das formas já configuradas.

(ROLNIK, 2006). A escuta-experimentação não visa a apreender uma realidade, uma verdade do sujeito, e sim abrir espaço para criação de modos de existência compatíveis com uma vida solidária e generosa, acompanhar os movimentos que criam paisagens por vezes suaves, por vezes endurecidas, por vezes mortificadoras.

Afirmar a escuta como cuidado experimentação significa indicar que as necessidades do outro, com o qual lidamos, precisam ser incluídas, não por uma operação humanista e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de saúde instituídas. Mas uma escuta sensível implica, necessariamente, ouvir os vestígios, ver os movimentos. Como salienta Lavrador (2006, p. 2), envolve uma disponibilidade subjetiva de afetar e ser afetado pelo outro, colocar em análise nossos preconceitos, endurecimentos, indiferenças, intolerâncias. Requer a “escuta do outro, das vozes e dos silêncios do mundo” (MACHADO; LAVRADOR, 2007, p. 9).

Com Foucault (1983, p. 269), temos aprendido que é necessário “ouvir os rancos surdos das batalhas”, rancos estes que são índice das lutas e não meramente seus resultados das batalhas. Nestes rancos estão as astúcias criadas no viver, as invenções que (re)criam a vida em sua singularidade. A escuta se faz nos interstícios, entre vozes e silêncios, entre forças e formas, exercitá-la é nosso desafio (in)terminável, (im)possível, posto que é nas errâncias dos processos de formação que a escuta se abre como arte, como modo de compartilhamento de experiências.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 8, n. 14, p. 73-91, set/2003-fev/2004.
- BAPTISTA, L. A. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EDUFF, 2000.
- _____. *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus, 1999.
- BARROS, M. *O livro das ignoranças*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Clínica e transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 1-23, jan-abr. 2000.
- BENEVIDES, R. *Anotações acerca da escuta e do cuidado em saúde*. 2007 (mimeo).
- CYRINO, A. P. P. *As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. O que são as Luzes? In: MOTTA, M. B. (Org.). *Michel Foucault: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense, 2000. p. 335-351.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1983.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

GUATTARI, F. *Revolução molecular*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

HECKERT, A. L. C. *A produção dos latifundiários do saber: a formação do psicólogo em questão*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1992.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007.

KUPERMANN, D. *Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor!* Disponível em: <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap8.pdf>. Acessado em: 17 set 2007.

LAVRADOR, M.C.C. *Ferramentas para uma clínica institucional*. Anotações. 2006. mimeo,

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Vivência*, n. 32, p. 1-27, 2007.

MAIRESSE, D.; GALLI, T. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. *Psicologia em Estudo*, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul-dez, 2002.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MILLOT, C. *Freud antipedagogo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

NEVES, C. E. A. B.; HECKERT, A. L. C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A.; (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

ROLNIK, S. *O mal-estar na diferença*. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf> Acessado em: 5 out 2006.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 89-111.

Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária

CESAR AUGUSTO O. FAVORETO

A análise da competência dialógica dos profissionais de saúde proposta para este ensaio tem como referência a pesquisa realizada em 2006, na qual se buscou identificar, no âmbito da clínica desenvolvida em serviços de atenção primária à saúde (APS), possíveis mudanças na narrativa médica e, por conseguinte, a ampliação da capacidade dialógica e interpretativa dos profissionais inseridos nesse campo de atuação (FAVORETO, 2007).

Os cenários, modelos e serviços de APS que vêm sendo implantados têm tido como característica a inserção dos profissionais em territórios definidos e o atendimento a populações adscritas. Logo, são modalidades assistenciais que aproximam os médicos dos contextos sociais, culturais e afetivos em que vivem os usuários. Deste modo, possibilitariam, em tese, tornar viva e inerente a relação cotidiana dos profissionais com os aspectos sociais, culturais e subjetivos constitutivos do processo de adoecer e implicaria a construção de um maior vínculo e diálogo entre os serviços e seus usuários.

A estruturação de novos serviços e espaços de práticas em saúde na APS – determinada na maioria dos casos por pressões externas à própria prática médica ou aos médicos – tem valorizado e ressignificado a figura do sujeito e da intersubjetividade nas intervenções preventivas e/ou curativas da clínica. Mas a incorporação desse sujeito ao saber clínico ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção do significado do adoecimento, de suas necessidades em saúde e das

intervenções mais apropriadas a serem realizadas (FAVORETO, 2002; FAVORETO, CAMARGO JUNIOR, 2002).

Neste sentido, a pesquisa foi proposta considerando este novo arcabouço assistencial e as mudanças técnicas, políticas e ideológicas que têm surgido na clínica a partir dele. Compreendia a clínica como uma construção e uma prática social, situada no campo da atenção e do cuidado integral às necessidades de sujeitos em seus processos de adoecimento, sofrimento e busca pela preservação da vida. Compreendia, também, que as mudanças no saber e na prática da clínica passavam pela ampliação e legitimação de sua dimensão dialógica e interpretativa – questões que transcendem as transformações dos cenários e a organização dos processos de trabalho em saúde.

Por sua vez, a competência dialógica dos profissionais de saúde representaria a capacidade de entender e interpretar o significado e a importância das histórias, a habilidade para discernir e analisar os elementos inconscientes que podem estar refletidos nas formulações narrativas apresentadas pelos pacientes e a possibilidade de que os médicos direcionem suas ações a partir das perspectivas dos pacientes (JONES, 1997; FAVORETO, 2006).

A dimensão dialógica na clínica da APS significaria, assim, a possibilidade de as pessoas compartilharem o imaginário e os significados construídos sobre o processo de adoecimento e as estratégias terapêuticas em que estão envolvidos. Compreende a incorporação, à clínica, do saber prático e da subjetividade das pessoas, elementos centrais na construção de sentido da linguagem e da identidade de quem está adoecido. Portanto, a dimensão dialógica não se restringe ao desenvolvimento de meios e técnicas de comunicação em saúde, pois estas não são pensadas como espaços de troca de diferentes saberes, significados e lugares que os sujeitos ocupam no encontro clínico (FAVORETO, 2007)

A investigação sobre os avanços e obstáculos relacionados ao desenvolvimento da competência dialógica de médicos atuando no Programa Médico de Família de Niterói¹ (PMF) ressalta a importância de considerar a clínica como um campo de produção de saberes. As observações de campo² e a análise das narrativas – consideradas como uma integração de vozes, saberes e fazeres orientados por um estilo de pensamento – identificaram que as narrativas sobre o

adoecimento e sobre a clínica no PMF se expressavam, principalmente, através de discursos e valores ambíguos e variáveis de acordo com as situações vivenciadas pelos médicos.

Corroborando a idéia de Camargo Jr., a formulação desse discurso ambíguo, que organiza os saberes e os fazeres na clínica de forma circunstancial, pode ser entendida como parte de um estilo de pensar direcionado pelo pragmatismo e por uma visão fragmentada e pouco reflexiva das situações vividas e dos problemas a serem enfrentados:

O modo de pensar dos clínicos pode ser caracterizado, resumidamente, como uma busca amplamente intuitiva, pragmática, orientada a resultados, por informação relevante (isto é, potencialmente útil na prática), selecionada de fontes com suficiente credibilidade acadêmica e submetida a um primado do conhecimento prático, experiencial, com atitude bastante cética, às vezes bordejando ao cinismo (CAMARGO JUNIOR, 2003a, p. 183).

Do contato com os contextos de trabalho destes médicos e da interpretação de suas narrativas emergiram três questões que evidenciaram esse modo de pensar e sua repercussão sobre a clínica no contexto da APS. Discutir estas questões pode ajudar a compreender esse estilo de pensamento e facilitar a observação de como se formam os obstáculos que os médicos encontram para integrarem e desenvolverem suas experiências e sua sabedoria prática como um campo de saber que qualifique, legitime e amplie suas competências dialógicas na clínica. Foram elas:

1. obstáculos formados quando a competência dialógica está centrada no modelo de atenção e não na construção de um saber;
2. obstáculos surgidos quando as competências dialógicas são assumidas como habilidades pessoais e não como uma teoria da prática;

¹ A definição do PMF como campo de observação decorreu de sua reconhecida qualidade e continuidade, seu desenvolvimento como uma estratégia em que a APS é inserida como eixo orientador do modelo assistencial do SUS. Outro aspecto relevante foi a densidade com que a clínica é pensada na organização do programa, a centralidade no trabalho médico e a estratégia de supervisão clínica adotada. Para mais informações sobre o processo político e organizacional da implantação do PMF e o modo como ele se organiza e alcança sua qualificação, ver os trabalhos de Goulart (2002) e Mouzinho (1999).

² As estratégias adotadas na pesquisa foram a observação participante do cotidiano das equipes básicas (compostas por médico e auxiliar de enfermagem) e entrevistas semi-estruturadas com os médicos dos módulos de saúde (unidades de saúde) da família do PMF.

3. o obstáculo epistemológico que a racionalidade biomédica representa para o desenvolvimento de um saber dialógico e hermenêutico na clínica.

Este texto abordará estas questões, consideradas como obstáculos à ampliação da competência dialógica e, em seguida, discutirá os elementos que podem ampliar a dimensão dialógica na clínica.

Obstáculos dialógicos formados quando a competência dialógica está centrada no modelo de atenção e não na construção de um saber

As narrativas médicas foram analisadas como uma forma de dar voz e sentido ao pensamento e de compreender a síntese entre o contexto das práticas e a ideologia dos sujeitos que a produzem (BAKHTIN, 2004). Nesta linha é pertinente abordar a relação do contexto (território, unidade de saúde, equipes) e do modelo de atenção com o saber e a prática clínica e, mais especificamente, com a construção de significados nas narrativas dos profissionais.

Cabe observar, inicialmente, como um estilo de pensamento pragmático e circunstancial do médico influencia as narrativas médicas na compreensão dos contextos dos módulos de PMF³ e das relações destes com o saber e a prática clínica. Essa circunstancialidade dá margem a discursos dos profissionais que são focais e peculiares a cada unidade.

Formam-se discursos e atitudes específicas em cada local, influenciados pelos contextos e histórias institucionais em que as equipes se inserem, isto é, as características pessoais e profissionais dos seus membros das equipes e/ou as relações com a comunidade assistida, assim como com a gerência e gestão do programa. Os contextos locais e as circunstâncias das práticas influíam nas escolhas e formas de organização das narrativas dos médicos sobre seus saberes e práticas, em especial, em relação a suas competências dialógicas. Dirigiam o modo como os médicos abordavam e avaliavam sua prática clínica e as capacidades dialógicas desenvolvidas a partir da prestação de uma atenção mais próxima e contínua com os usuários.

³ Cada equipe básica do PMF é porta de entrada do sistema e responsável pela atenção continuada para, aproximadamente, 200 famílias residentes em determinado território. Um conjunto de três a seis equipes trabalham juntas nos chamados *módulos do PMF*, que podem ser instalações exclusivas para o programa ou compartilhadas com outros tipos de serviços de atenção primária ou especializada.

Outro aspecto observado nesta relação entre as narrativas médicas e o contexto de práticas era a formação de uma identidade profissional a partir da modalidade assistencial e do processo de trabalho onde se inseriam. As falas atribuíam à organização do modelo o papel de construção de um campo profissional, assim como de legitimação e valorização corporativa e social de sua atuação. Esta era uma questão tão significativa que ao programa chegava a ser atribuída a capacidade de promover uma “humanização” do trabalho e também da pessoa do médico.

De um modo geral, os médicos reconheciam como positiva e diferenciada a forma como o PMF organiza a atenção às famílias. Destacavam os benefícios alcançados pela realização de uma prática em saúde que permite a proximidade com a comunidade, a continuidade e longitudinalidade do cuidado e a transversalidade na atenção das famílias.

A integração deste modo de operar a atenção com a perspectiva de ampliação do diálogo e da integralidade na clínica era, muitas vezes, compreendida como decorrência, apenas, dos atributos do modelo – isto é, como consequência da forma como se organizam as práticas em saúde e como o médico nelas se inseria. Deste modo, a dimensão integral da atenção está no modelo da APS e não no saber de quem realiza as ações. Em consequência, as possibilidades criadas pela proximidade com o território e a continuidade do cuidado não apontavam para possíveis rupturas em relação ao saber e às práticas que envolvem o modelo médico tradicional de atenção.

As características da clínica eram apresentadas como produtos de uma nova organização do processo de trabalho, visto como responsável por agregar maior número de informações (coletadas de maneira mais próxima e precisa) e maior variedade de ações ao trabalho clínico. Prevalece uma narrativa na qual a percepção da integralidade está deslocada da clínica e vinculada à possibilidade de intervir na prevenção e na promoção à saúde, ações promovidas e facilitadas pelo arranjo técnico assistencial do modelo de atenção.

Exemplo dessa fragmentação pode ser observado na fala selecionada abaixo, em que a médica, inicialmente, fala em ver a paciente como um todo e, em seguida – como se estivesse explicando o que é o todo – faz uma listagem de intervenções, como

a coleta do preventivo ginecológico, a abordagem clínica e o reconhecimento de sua condição social.

Primeiro a possibilidade de ver o paciente como um todo, por exemplo, a mulher, eu colho o preventivo, trato a parte clínica e conheço a casa dela. Eu conheço a estrutura familiar, eu sei quanto ela ganha, conheço mais profundamente a problemática da família. (Médico do PMF).

A percepção da integralidade como um produto restrito ao modelo de atenção ou como o somatório das diferentes ações realizadas não promove a integração de aspectos do território e da vida social e cultural das pessoas a uma perspectiva de mudança no saber e na prática clínica. Nesta visão, as oportunidades dialógicas criadas não são compreendidas como capazes de influir na ampliação do saber clínico ou de induzirem uma maior e mais diferenciada capacidade de observação, escuta e interpretação do processo de adoecimento.

A dificuldade dos médicos de elaborarem um pensar que articule a idéia da integralidade com os saberes e as práticas que a constituem, das quais estão tão próximos, se reflete no desejo dos profissionais de encontrar uma unidade. Encontrar um caminho capaz de conciliar um estilo de pensamento pragmático, circunstancial e fragmentado (centrado no saber biomédico e epidemiológico e nas relações com seus pares) com o contexto de saberes e práticas em que estão envolvidos e, através dos quais, percebem-se desenvolvendo novas competências clínicas.

A dificuldade de estruturar as competências dialógicas como fruto de um saber favorece que a identidade e legitimidade profissional esteja centrada no contexto assistencial. Em decorrência, restringe-se a possibilidade do profissional de se deslocar do cotidiano e refletir sobre sua própria prática, seu discurso e suas atitudes nas diversas situações e nos conflitos que vivencia com os usuários.

As situações de conflito entre as expectativas e diretrizes do modelo de atenção, compartilhadas por seus serviços e seus profissionais com os usuários, passam a dirigir as narrativas que os médicos realizam sobre a clínica. Nestes casos, as queixas dos usuários em relação aos procedimentos do programa passam a assumir caráter de cobrança da figura e da pessoa do médico. Como fruto dessa personalidade e circunstancialidade, surgem narrativas que expressam perplexidade, desconforto e desvalorização.

Esses sentimentos dificultam ainda mais a necessária superação dos obstáculos dialógicos para a compreensão e a resolução dos diferentes tipos de conflitos que surgem ou de apreenderem com eles. Impedem o necessário distanciamento para compreender o comportamento social e cultural, individual ou coletivo, que envolve as necessidades e demandas dos usuários e suas críticas às ações implementadas pelo programa e por seus atores.

A visão circunstancial e pragmática dos profissionais, ao não organizar e valorizar uma competência para lidar em seu universo interpretativo com os aspectos contextuais da prática, distancia o trabalho clínico do processo histórico, político, cultural e institucional de construção das necessidades e demandas dos pacientes. Este quadro cria ruídos nos encontros com o paciente, pois dificulta a abertura da escuta, o deslocamento necessário para compreender o significado das demandas e, por conseguinte, limita a construção de uma competência narrativa e interpretativa que possa ampliar a perspectiva dialógica e interpretativa da clínica.

Compreende-se que os cenários de práticas criados a partir da APS são bases importantes para o desenvolvimento da competência dialógica na clínica. Contudo, este é um processo que deve ter como norte a reflexão contínua sobre o cotidiano destas práticas, dos discursos e narrativas que se organizam em seu entorno e a avaliação e consolidação dos saberes práticos que nele se desenvolvem.

Obstáculos surgidos quando as competências dialógicas são assumidas como habilidades pessoais e não como uma teoria da prática

Não foi uma tarefa fácil entender a forma como eram dispostas as competências dialógicas e interpretativas dos médicos atuando na APS. Estes estão inseridos em modalidades de práticas que os aproximam dos contextos de vida e adoecimento dos pacientes e possibilitam a formação de um maior vínculo e intimidade entre os sujeitos no encontro clínico.

A primeira impressão foi de que as narrativas sobre a competência dialógica na clínica não seguiam uma trajetória única, isto é, não guardavam coerência em seu discurso ao longo do tempo ou nas diferentes situações vividas pelos médicos. Contudo, quando a análise se aprofundou, pôde-se identificar que as narrativas dos médicos

representavam um modo de pensar intuitivo e pragmático como o descrito por Camargo Jr. (2003) em relação à prática médica. Este modo de pensar direcionava as escolhas do foco e dos formatos de suas narrativas, pois se caracterizavam por uma forma objetiva e circunstancial de responder e organizar as palavras e as coisas na clínica, e tinham como foco fragmentos do cotidiano de suas práticas e não o contexto onde elas se inseriam.

De modo geral, pode-se dizer que os médicos desenvolviam uma capacidade de dialogar e interpretar os casos que amplia sua prática clínica. Citavam, freqüentemente, a necessidade de identificar os diferentes sentidos que podem estar contidos nos sintomas relatados e nas demandas por atenção. Nestes casos, as narrativas sobre a clínica expressavam uma visão configuracional para interpretar as narrativas do adoecimento e eram capazes de integrá-las com a abordagem orientada pelo modelo biomédico. Apresentavam uma forma de ver que, além de identificar as pessoas ou objetos (a doença e suas manifestações) presentes no encontro clínico, se abria a perceber o conjunto, o movimento e a relação entre estes elementos.

Entretanto, os conflitos enfrentados pelos médicos e as repetidas falas em que estes culpam a proximidade e a intimidade dos pacientes com os profissionais como “falhas no programa” fizeram que a análise questionasse essa competência dialógica. Surgia, assim, a questão: por que as habilidades dialógicas parecem variar de acordo com as situações e as relações estabelecidas com os pacientes, ou seja, por que essas habilidades se desenvolvem em algumas situações e interações e não em outras?

A explicação para este questionamento parece se localizar, justamente, no caráter situacional, conjuntural e mesmo contraditório do desenvolvimento da competência dialógica entre esses profissionais. Outra possibilidade de resposta estaria no fato de esta competência se desenvolver em torno, apenas, de uma perspectiva pessoal e moral do médico. Estas explicações representam formas de pensar, lidar e valorizar a competência dialógica que não se abririam para uma reflexão dos discursos e ações da clínica e não contribuiriam para a construção de um saber que identifique, qualifique e sistematize a dialogia na clínica.

A forma contraditória como os médicos abordavam aspectos como o vínculo sinalizava a forma circunstancial e não-reflexiva de como

se desenvolvia e era compreendida a competência narrativa. Reconheciam que o vínculo é gratificante e importante para a compreensão do adoecimento e para a adoção de estratégias terapêuticas mais adequadas. Contudo, apontavam que a proximidade e a intimidade com os usuários produziam uma perda de identidade e de autoridade da figura deles como clínicos.

As falas, sistematicamente, responsabilizavam a intimidade pela ocorrência de conflito com os pacientes, criados por situações em que o médico é confrontado por demandas e questionamentos para os quais não encontra respostas em sua autoridade técnica biomédica ou na habilidade dialógica e interpretativa adquirida como um recurso pessoal e pragmático. Confrontados com essas situações e com poucos e inadequados recursos para entendê-las, os médicos tendem a encará-las como um questionamento, ou mesmo uma agressão à sua autoridade profissional e/ou à sua pessoa e, como alternativa, culpabilizam os pacientes pelas ocorrências.

Nos relatos desses conflitos impressionava a dimensão pessoal que assumiam, como, também, a perplexidade e o sofrimento que provocavam nos profissionais. Essas ocorrências eram responsáveis por narrativas e atitudes sobre a clínica que eram incoerentes, pois desvalorizavam inclusive os próprios ganhos de capacidade dialógica promovidos pela experiência prática e pelo convívio próximo à comunidade.

Este tipo de repercussão no modo de pensar sobre a clínica refletia a fragilidade da organização da competência dialógica desenvolvida como uma habilidade pessoal ou como um produto isolado de um arranjo técnico-assistencial. Questionava a frágil figura do “bom médico” ou do bem-intencionado propósito do programa e de seus praticantes, imbuídos da expectativa de promover a saúde numa população carente que, entretanto, não entende seus elevados fins.

Entretanto, essas narrativas refletem que os médicos não encontram bases em seu saber para interpretar e se relacionar com esses questionamentos, isto é, com problemas cujas abordagens estão fora do alcance do conhecimento biomédico ou não estão contemplados no modelo de atenção.

A análise das narrativas sobre as situações de conflito com os usuários indica a falta de uma competência cultural e subjetiva dos médicos para perceber e interpretar padrões narrativos e singularida-

des que estão envolvendo as falas e demandas dos pacientes sobre o adoecimento. Assim como a grande dificuldade para lidar com percepções e significados das narrativas do adoecimento que estão fora do repertório semiótico estabelecido pela clínica biomédica.

As dificuldades em reconhecer e interpretar padrões narrativos e significados pessoais do adoecimento se acentuam devido ao autoritarismo do saber técnico biomédico, pois este não considera e valida outros saberes e diferentes formas de perceber, explicar e significar o adoecimento como as que são usadas pelos pacientes.

A fragilidade conceitual e técnica observada nas narrativas sobre a clínica evidencia a dificuldade de formação da competência dialógica entre os médicos. Uma competência organizada a partir da reflexão sobre a prática e que se reflita ideologicamente na formação de um novo estilo de pensamento (FLECK, 1986). Assim, a capacidade dialógica não se organiza como uma disposição cognitiva para perceber que, neste caso, seria dirigida por uma dimensão dialógica e interpretativa da clínica. Como resultado, esse processo não promove uma sistematização dos elementos constituintes e instituintes dessa capacidade, no sentido de sua estruturação como um saber e, por conseguinte, não desenvolve uma competência narrativa que pode e deve ser aplicada nas diferentes situações do cotidiano.

Percebe-se, portanto, a dificuldade de compreender e operar essa competência como um saber intrínseco à clínica. Saber que permitiria ao médico dialogar e interpretar situações em que as diferenças de valores e de atitudes entre os sujeitos criam obstáculos relacionais, ou quando a simples disposição dos sujeitos em determinado modelo de atenção não é suficiente para promover o diálogo e a empatia entre eles.

A ausência de organização dessa competência do médico como um saber dificulta seu deslocamento de um lugar de praticante, envolvido no contexto da atenção, para o de observador do cenário e das relações dialógicas estabelecidas com os usuários. O médico parece ver sua prática, e as capacidades dialógicas que desenvolve a partir dela, como um hábito e não como um *habitus*,⁴ isto é, como um

⁴ Bourdieu (1983) fala de *habitus* e não de hábito, porque considera que aquele conceito representa uma capacidade geradora e criadora, inscritas num sistema de disposições como uma arte, num senso amplo de um domínio da prática e no sentido particular de uma arte.

elemento gerador e criador de novas formas de pensar e agir (BOURDIEU, 1983; BOURDIEU; WACQUANT, 1992).

Dessa forma, afasta-se a possibilidade de haver um modo de ver e agir que se constitua a partir de sua prática dialógica. Este movimento corresponderia à legitimação da existência de uma razão prática, produto de um senso prático, de uma construção social, de um senso do jogo, que Bourdieu (1983) compreende como orientador de uma teoria da prática. Sem a perspectiva de uma teoria da prática, torna-se difícil pensar na possibilidade de que ocorram comportamentos e modos de operar o cotidiano que possam extrapolar ou mesmo romper com um padrão preestabelecido pelo estilo de pensamento, mais especificamente, com a estrutura teórica ou tecnocientífica do campo biomédico.

Para isso seria necessário buscar uma nova configuração do saber, como é proposto por Santos (2000). Esta visaria a garantir o desejo de que o desenvolvimento tecnológico contribua para o aprofundamento da competência cognitiva e comunicativa e, assim, se transforme num saber prático. Um saber que implicaria valorização da prática, tornando possível que a técnica se converta numa dimensão desta e não, ao contrário, como hoje se sucede – isto é, em que a prática se converte numa dimensão da técnica (SANTOS, 2000).

Aponta-se para o desenvolvimento de uma visão da clínica, em que ela passe a assumir o diálogo do saber tecnocientífico com a sabedoria prática de médicos e pacientes na construção do projeto clínico-terapêutico. Objetiva-se, com isso, indicar uma reconciliação da tecnociência com os valores e significados pessoais delineados pelos indivíduos ao longo de suas vidas, como foi proposto por Ayres (2001).

Vislumbra-se a necessidade de integrar o saber técnico biomédico e o saber fazer na clínica. Um processo em que os profissionais consigam identificar e analisar os desenvolvimentos em curso, os ganhos técnicos e as competências que eles adquiriram. Possibilitar uma nova direção a um estilo de pensamento que se caracteriza por uma visão pragmática e tecnicista da saúde e da atenção clínica que dificulta a apreensão, a organização, a sistematização e a avaliação pelo médico do próprio saber desenvolvido no cotidiano.

Deste modo, a competência dialógica se torna um saber instituinte de novos modos de operar sobre os elementos da atenção como a

escuta e interpretação das narrativas do adoecimento, assim como de promover uma contextualização das ações de diagnóstico e terapêutica da clínica.

Cabe destacar, no entanto, que o desenvolvimento do saber prático na clínica, que neste trabalho é focado como a ampliação da competência dialógica dos clínicos, encontra, ainda, na racionalidade biomédica e no padrão de formação médica, grandes obstáculos para seu desenvolvimento.

O obstáculo epistemológico que a racionalidade biomédica representa para o desenvolvimento de um saber dialógico e hermenêutico na clínica

A capacidade dialógica desenvolvida pelos médicos no PMF não se estruturava como um saber na clínica somente por ela não vir se constituindo como uma razão prática ou por não ser assumida na perspectiva de uma teoria da prática. A racionalidade biomédica que envolve e orienta o estilo de pensamento médico na busca da doença como um aspecto ontológico e a forma como se desenvolve o processo de ensino e aprendizagem do conhecimento biomédico existem como dois lados de uma mesma moeda. Representam aspectos que se integram na formação de obstáculos epistêmicos para o desenvolvimento de um saber dialógico e hermenêutico na clínica.

No discurso hegemônico sobre a clínica, esta é apresentada como uma ação que possui uma face “científica” e outra composta por uma “sabedoria prática” (HUNTER, 1996). Nas narrativas dos médicos sobre a clínica, esses elementos estavam dispostos de maneira assimétrica e se organizavam de forma fragmentada e hierarquizada, que preserva a hegemonia do componente “científico” na visão sobre o saber clínico.

A hegemonia do “científico” encontra sua força e se legitima através do modo como a tecnobiociência dirige o pensamento médico. É um direcionamento no sentido de uma busca por relações estáveis entre eventos que podem, assim, ser generalizados mediante leis invariantes, que tomam como premissa a objetividade, a precisão e a replicabilidade (CAMARGO JUNIOR, 2003a). A maior eficácia dessa face “científica” na clínica se faz, justamente, ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico. Con-

tudo, essa redução se faz ao pesado preço de excluir, precisamente, tal sofrimento, origem do pedido de cuidado por aquele que sofre e, assim, reduzir o significado e a relevância da perspectiva dialógica e cuidadora da clínica (CAMARGO JUNIOR, 2003b).

Essa hegemonia também encontra forças numa formação discursiva e uma ideologia em que a noção de “verdade científica” produz legitimidade política, social e cultural para o projeto técnico-científico e político da medicina ocidental (FOUCAULT, 1980). Essa ideologia, que se introjeta de modo subliminar no imaginário e nas práticas dos médicos, é responsável por criar uma dicotomia entre ciência e saber prático, entre a subjetividade do adoecer e as lesões, doenças visíveis e diagnosticáveis. O direcionamento ideológico reforça a dificuldade de os clínicos operarem o desenvolvimento de uma razão prática integradora destas dimensões no campo da clínica.

Além de se constituir como um obstáculo para o desenvolvimento da sabedoria prática na clínica, na visão de Camargo Jr. (2003b), a biomedicina também representa um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. A ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade.

As falas dos médicos no PMF, quando buscavam a legitimação de seu saber e de sua prática, refletiam a assimetria entre a face “científica” e as perspectivas de um saber fundado pela dialogia e pela hermenêutica na clínica. Os médicos deixavam claro que a partir de suas práticas conseguiam ampliar a escuta e a interpretação na clínica. Percebiam que tal ampliação não era fruto dos conhecimentos técnico-científicos da biomedicina ou do modelo semiótico da clínica tradicional a que tiveram acesso em sua formação profissional. Essa percepção se misturava a uma forte noção de que os conhecimentos biomédicos compõem uma verdade objetiva e inquestionável que invadia a percepção cultural e as narrativas dos médicos e dos serviços de saúde. Tal noção é responsável, por vezes, pelo fato de que a subjetividade e os significados pessoais e culturais ficassem ausentes, fizessem parte de um discurso ambivalente ou fossem considerados aspectos periféricos à narrativa sobre o adoecimento e a clínica.

Percebeu-se, portanto, que a racionalidade biomédica e o modo de pensar pragmático do médico formam uma coerção sobre o pensamento médico e, em consequência, criavam obstáculos para o desenvolvimento das competências dialógicas como um saber legítimo para aplicação e reprodução na clínica. Observou-se que essa coerção dificulta uma visão histórica e cultural do processo de adoecimento, do próprio encontro entre o médico e o paciente e da integração da narrativa do adoecimento com o contexto onde ela é produzida. Essa coerção sobre a visão do médico se faz, principalmente, ao situar o clínico como um praticante que está distanciado de um processo de reflexão, formulação e avaliação de seu próprio saber. Sendo assim, a partir do lugar que ocupa, ele não consegue observar como se organiza seu estilo de pensamento e, portanto, tem dificuldade de localizar e refletir sobre os objetos e objetivos dos saberes que aplica em seu cotidiano.

Esta dificuldade de perceber-se como sujeito de seu saber seria consequência do próprio processo de formação do estilo de pensamento médico. Este se organiza como uma disposição para perceber de forma orientada e é adquirido à custa da perda do poder de ver de um modo heterogêneo e de produzir novos saberes. (FLECK, 1986). Essa orientação do estilo de pensamento médico se baseia no acúmulo de informações biomédicas e na assimilação e repetição de padrões de raciocínio e de atitudes adquiridas no aprendizado com casos semelhantes.⁵ Este empreendimento cognitivo implica situar o médico na posição de um prático que deve aplicar “corretamente”, isto é, com a maior objetividade possível, os conhecimentos sobre a doença em casos similares.

Tal empreendimento, apesar de admitir uma dimensão hermenêutica na aplicação do conhecimento nas situações clínicas, torna a competência dialógica e interpretativa um elemento secundário e circunstancial dentro da perspectiva de formação e reprodução do saber na clínica. O processo de formação e coerção do pensamento médico desqualifica e limita a possibilidade de que este profissional se perceba como sujeito na construção de seu saber e, deste

⁵ Para melhor entender esta forma de reprodução dos padrões de pensamento prático da clínica, Hunter (1996) considera que a medicina tem uma razão prática que é apreendida na formação médica, a partir de dogmas explicitados no contato do aluno com um estoque de experiências clínicas.

modo, seja capaz de valorizar e integrar à clínica suas experiências práticas e os saberes ligados à dialogia, à subjetividade e à cultura que são inerentes ao desenvolvimento de uma ação dirigida para a integralidade e para o cuidado em saúde.

Perspectivas para o desenvolvimento da competência dialógica na clínica

As idéias e perspectivas desenvolvidas no trabalho realçaram as oportunidades criadas pelos cenários, arranjos técnico-assistenciais e profissionais envolvidos na APS para a ampliação da clínica como uma prática dirigida à integralidade e ao cuidado em saúde. A análise realizada, entretanto, indicou como este desenvolvimento da clínica não depende apenas da disposição dos elementos técnico-operacionais envolvidos na aplicação de um tipo de modelo de atenção ou de organização das práticas em saúde.

A convivência do pesquisador no campo e o diálogo com os médicos do PMF indicaram a potencialidade que o desenvolvimento da competência narrativa, se estruturada como um saber na clínica, poderia ter na ampliação do universo dialógico e interpretativo dos médicos. Percebeu-se o potencial que essa ampliação poderia ter na abordagem do adoecimento, na implementação das estratégias terapêuticas e na capacidade de entender e lidar com situações que provocavam grande conflito e ruídos nas relações entre profissionais e pacientes no cotidiano de um serviço de APS.

As reflexões deste trabalho se dirigem para a idéia de que as habilidades e competências médicas devem se formar como questões intrínsecas ao cuidado em saúde, isto é, devem se estruturar e se desenvolver tendo como referência as situações de adoecimento, seus significados e formas de as pessoas expressarem o sofrimento e organizarem suas demandas por atenção. Essas competências passariam, assim, a compor a clínica e não persistiriam como elementos externos, como parentes distantes da necessidade de qualificar e tornar mais próxima e efetiva a relação de médicos e pacientes no encontro clínico.

As discussões desenvolvidas sobre a competência dialógica e interpretativa médica no contexto do saber e da prática clínica indicam pistas para pensar a formação médica e a educação permanente dos profissionais de saúde, particularmente daqueles inseridos na

APS. Aponta, assim, para a potencialidade do uso da narrativa como uma ferramenta operativa e reflexiva para o desenvolvimento de saberes e práticas que aproximem a clínica da perspectiva da integralidade e do cuidado em saúde.

O trabalho propõe a idéia de integrar a narrativa na clínica como uma ferramenta que iria além do raciocínio clínico, pois se constituiria como uma síntese do contexto das práticas, da ideologia e do estilo de pensamento produzido, das formas de linguagem, das atitudes tomadas e das relações estabelecidas no cotidiano do encontro clínico.

A percepção e valorização dos padrões narrativos e da relação dos contextos culturais com a formação das narrativas do adoecimento facilitam a construção de uma visão que integre o adoecer e o contexto onde ele se estrutura e determina demandas para os serviços de saúde (FAVORETO, 2006). Neste sentido, pode ser aplicada como uma ferramenta na supervisão e avaliação da clínica na APS, ao facilitar a reflexão e o deslocamento dos profissionais do cotidiano e legitimar e reproduzir suas capacidades dialógicas como um saber aplicado em diferentes situações e contextos.

Para encerrar este texto, cabe dizer que, longe de pretender esgotar a discussão sobre o processo de construção de um saber e uma prática clínica integral, busca-se, essencialmente, sinalizar para a necessidade de uma maior abordagem dos saberes e das práticas que a envolvem. Objetiva-se ressaltar a importância de considerar a clínica como um campo de produção de saberes, que se forma quando o olhar se volta para os sujeitos e suas narrativas no encontro clínico nos diversos cenários de atenção médica, mas que se torna fundamental quando o foco está na organização da APS.

Um campo que é formado a partir da abordagem do sujeito em seu contexto e em suas relações intersubjetivas, que aponta para novos modos de pensar e agir na clínica, ao integrar as dimensões coletivas e individuais, os saberes técnico-científicos e práticos e a eficácia e a efetividade das ações em saúde.

Referências

- AYRES, J. R. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2004.

- BOURDIEU, P. Esquisse d'une théorie de la pratique. In ORTIZ, R. (Org). *Pierre Bourdieu*. Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. J. D. An Invitation to Reflexive Sociology. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *Biomedicina, Saber & Crítica*. São Paulo. Hucitec, 2003a.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade*. cotidiano, saberes e práticas em saúde, Rio de Janeiro: Abrasco, 2003b. p. 35-41.
- FAVORETO, C. A. O. a construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes*. práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 185-204.
- _____. *A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária*: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- _____. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 205-220.
- _____. *Saúde da família*: do discurso e das práticas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JUNIO, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis-Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-77, 2002.
- FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento e del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- GOULART, F. A. A. *Experiências em Saúde da Família*: cada caso é um caso? Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- HUNTER, K. M. Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. *The Journal of Medicine and Philosophy*, n. 21, p. 303-320, 1996.
- JONES, A. H. Literature and Medicine: narrative ethics. *Lancet*, n. 349, p. 1.243-1.246, 1997.
- MOUZINHO, G. P. *Programa Médico de Família*: mediação e reciprocidade. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.
- SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.



Escuta como cuidado: é possível ensinar?

ANDREA CAPRARA

A Hermenêutica é a arte de saber escutar.
H. G. Gadamer

Introdução

O livro *Memórias de Adriano*, a obra-prima de Marguerite Yourcenar, poetisa e ficcionista, uma das mais importantes escritoras da língua francesa do século XX, tem a forma de uma carta que Adriano, imperador romano do século I D.C., já nos últimos anos de sua existência, escreve a Marco Aurélio, seu jovem amigo que vai lhe suceder como imperador de Roma, aproximadamente em 136 D.C., alguns anos antes da sua morte (YOURCENAR, 2005). Na carta Adriano recorda, dentre outros, o seguinte relato: “Tinha razão aquela queixosa, que eu me recusei um dia a escutar até o fim, quando gritou que se me faltava tempo para ouvi-la me faltava o tempo para reinar” (2005, p. 97). Poderíamos interpretar essa frase também da seguinte maneira: quem não sabe escutar não tem capacidade para ser um bom imperador. A frase nos remete à importância em que a escuta obteve em toda a Antigüidade, e que ainda provoca uma reflexão para a pergunta: é possível ensinar a escuta enquanto elemento central do cuidado?

Muitas das críticas feitas a respeito da relação dos profissionais de saúde com os pacientes colocam hoje esta questão como aspecto fundamental da construção do vínculo. Já no final do século XIX, William Osler, importante médico canadense (1849-1919), descrito como o pai da medicina moderna, afirmava: “*If you listen carefully to the patients they will tell you the diagnosis*” (“Se você escutar com cuidado os pacientes, eles te dirão o diagnóstico”). Passado um século desde

os preceitos de William Osler, a prática médica sofreu profundas mudanças, e os médicos escutam sempre menos.

Os resultados de um estudo realizado por Beckman e Frankel (1984) revelam que 65% dos pacientes foram interrompidos pelo médico depois de 15 segundos de consulta. Em outro estudo, no qual relata o modo como os médicos identificam as queixas que o paciente traz para a consulta, Marvel observou que o tempo médio disponível para o paciente, inicialmente, expressar suas queixas, foi de 23,1 segundos na maioria das vezes – 76% (MARVEL *et al.*, 1999).

Nas observações de Sucupira (2007), o médico dirige a entrevista de modo que o paciente responda apenas o que lhe interessa, para fechar o diagnóstico que já foi formulado por ele. Perguntas que parecem não estar associadas a uma resposta sucedem-se frequentemente. Quando o paciente se estende no relato de um fato, para ele de grande importância, é comum o médico interrompê-lo com outra pergunta (SUCUPIRA, 2007). Muitas consultas reduzem a exploração da experiência do paciente à queixa inicial. Nesse modelo de consulta centrada no médico, o terapeuta interpreta a doença partindo exclusivamente do ponto de vista biomédico, patológico.

Hoje não se escuta mais, por uma longa série de fatores. No seu livro sobre a história da medicina, Edward Shorter (1999) afirma que foi a descoberta dos sulfamídicos nos anos 30, e da penicilina, nos anos 50, que modificaram radicalmente a consulta médica, e em particular a relação médico-paciente. A partir desse momento, a consulta se centrou sobre aspectos terapêuticos, deixando de lado a experiência subjetiva da pessoa doente. O desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética também contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade. As novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram papel importante no diagnóstico, em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. A tecnologia foi-se incorporando no exercício da profissão, deixando de lado os aspectos subjetivos da relação (CAPRARA; RODRIGUES, 2005).

Dentre os fatores que influenciam a relação, podemos ainda citar a fragmentação especializada da formação e da prática médica, a dilatação do diagnóstico instrumental em detrimento da consulta

clínica, o aumento da burocratização dos aparatos e dos serviços médicos, além de uma racionalização científica da medicina moderna baseada na mensuração objetiva e quantitativa, assim como na visão dualística mente-corpo (SEPPILLI, 1996). Todos esses fatores certamente contribuíram para a progressiva despersonalização da relação de cuidado e para a objetivação do paciente enquanto portador de enfermidade (LUZ, 2004; PINHEIRO; MATTOS, 2004). Esta relação subestima a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, os significados que a doença adquire para o paciente e seus familiares. Os profissionais de saúde e os pacientes, muito embora pertençam à mesma cultura, interpretam e vivenciam a experiência de saúde e de doença de modos e formas diferentes. Assim, algumas perguntas se revelam centrais neste estudo: a capacidade de escuta na relação profissionais de saúde-pacientes pode ser ensinada? Qual o papel a escuta adquire no cuidado com os pacientes?

Na intenção de responder a essas perguntas, este trabalho assume dois desdobramentos: o primeiro retoma alguns elementos importantes que caracterizavam a capacidade de escuta na Antiguidade; o segundo envolve reflexões sobre a escuta enquanto princípio educacional na formação dos profissionais de saúde. Para estabelecer a primeira discussão, colocamos sob relevo uma das aulas que Foucault pronunciou em 1982, no seu curso no Collège de France, intitulado: “A hermenêutica do sujeito”. O curso, transcrito sucessivamente num volume homônimo, aborda uma série de práticas importantes ligadas ao conceito grego de *epimeleia heautou*, traduzido em latim com o termo *cuidado sui* (FOUCAULT, 2006).

O que nos interessa dos pontos trazidos pelo filósofo é que o termo *epimeleia heautou*, traduzido como “cuidado de si”, foi substituído pelo conceito cartesiano, e base do pensamento científico, de “conhece-te a ti mesmo”. A nova significação atribuída ao termo alijou e apagou seu sentido originário: o de cuidado de si, e sua natural consequência, o cuidado dos outros, baseado numa série de importantes elementos que lhe eram constitutivos. Um desses elementos é a escuta, caracterizada por um conjunto de importantes aspectos como o silêncio, a escuta ativa, a atitude física, a relação do indivíduo com o próprio corpo e com a própria alma. A segunda discussão traz como referência o princípio da escuta e a necessidade

de sua inserção como elemento norteador na formação de profissionais de saúde. A reflexão incide particularmente sobre o tema das humanidades médicas e como a escuta ativa deveria ser um importante elemento de ensino-aprendizagem de cunho interdisciplinar.

A ética da escuta na Antigüidade: reflexões a partir da *Hermenêutica do sujeito*, de Michel Foucault

Durante a palestra proferida em 3 de março de 1982, Foucault reflete sobre o tema da escuta como primeiro passo no processo de ascese, retomando o texto de Plutarco: *De audiendo: tratado da escuta*. Para Plutarco, nós podemos recusar olhar, podemos recusar degustar, mas não podemos “não ouvir” (FOUCAULT, 2006, p. 402-3). Trata-se de um sentido que Plutarco considera como o mais *pathetikós* “passivo” de todos os sentidos, mas que ao mesmo tempo é capaz de enfeitiçar a alma, sendo sensível à música e a muitos outros elementos. Relembra-nos Foucault, como exemplo, a passagem da Odisséia, na qual Ulisses fica enfeitiçado pelo canto das Sereias (FOUCAULT, 2006, p. 403).

Enquanto os outros sentidos dão acesso aos prazeres da visão, do gosto, do toque, a escuta dá acesso ao *lógos*, à razão, e é através disso, que se pode adquirir a virtude. Além de Plutarco, é a partir da leitura de Epicteto e da carta 108 de Sêneca que Foucault retoma esta duplicidade do ouvir (*pathetikós* e *logikós*). Epicteto interpreta a escola de filosofia como um dispensário da alma (a cura, o remédio da alma). Se para Sêneca a escuta é passiva, para Epicteto a audição é capaz de recolher o *logos*, o discurso. É necessário escutar o *lógos*, mas ao mesmo tempo ele deve ser transmitido utilizando o *léxis*, através de uma certa maneira de dizer, utilizando certos termos (FOUCAULT, 2006, p. 407). O ato de escuta é tão difícil quanto aquele de falar, porque podemos escutar com proveito, mas também de modo inútil. Assim como para falar é preciso uma *téchne*, uma arte, também para escutar é preciso de *empeiria* (capacidade adquirida) e de *tribé*, de aplicação, de prática contínua, de experiência, de atenção (FOUCAULT, 2006, p. 408).

Como então se traduz a aplicabilidade dessa escuta, pergunta-se Foucault? Como se concretiza e/ou se expressa a escuta lógica? Segundo o referido autor, por três meios: a) o silêncio, muito utili-

zado e praticado. Cita por exemplo o texto *Vida de Pitágora*, de Porfírio, que descreve as comunidades pitagóricas. Nessas comunidades todos os ingressados tinham que respeitar cinco anos de silêncio:

Quando se ingressava nestas práticas e exercícios do discurso verdadeiro, quem não passava de um noviço não tinha o direito de falar. Devia escutar, escutar somente, nada mais fazer senão escutar sem intervir, sem objetar, sem dar sua opinião e, bem entendido, sem ensinar (FOUCAULT, 2006, p. 410).

Afirma Foucault que, para Plutarco, a aprendizagem do silêncio é um dos elementos essenciais da boa educação (FOUCAULT, 2006, p. 410). E, neste ponto, é preciso enfatizar o comentário de Foucault:

O princípio de que as crianças devem se calar antes de falar pode hoje nos surpreender, porém não devemos nos esquecer de que há algumas décadas a educação de uma criança, pelo menos antes da guerra de 1940, começava fundamentalmente pela aprendizagem do silêncio. A idéia de que uma criança possa falar livremente é algo que estava banido do sistema da educação desde a Antigüidade grega e romana até a Europa moderna (FOUCAULT, 2006, p. 411).

Para Plutarco, não apenas o silêncio, nominada educação dos deuses, deve ser o princípio fundamental da educação dos seres humanos, mas também é preciso fazer reinar em si mesmo, por toda a vida, uma espécie de “economia estrita da palavra” (FOUCAULT, 2006, p. 411). Calar-se o quanto possível não significa somente que não se deve falar quando um outro está usando da palavra, mas que quando se acaba de ouvir uma lição ou um poema, é preciso retê-lo e evitar reconvertê-lo de imediato em palavras.

Naturalmente, o silêncio, embora fundamental, não é suficiente para promover a escuta; é necessário assumir uma atitude ativa; primeiro uma atitude física, com o corpo que permanece calmo e com uma postura que permita a alma de acolher a palavra que lhe é endereçada (FOUCAULT, 2006, p. 412). Retomando as palavras de Foucault:

Portanto, há uma regra fundamental de imobilidade do corpo, garantindo a qualidade da atenção e a transparência da alma ao que vai ser dito e, ao mesmo tempo, um sistema semiótico que atribuirá marcas de atenção; marcas de atenção através das quais o ouvinte se comunica com o orador e, ao mesmo tempo, garante para si mesmo que a sua atenção acompanhe bem o discurso do orador (FOUCAULT, 2006, p. 413).

O grupo chamado dos “Terapeutas” e descrito por Fílon de Alexandria na sua obra *De Vita Contemplativa*, aplicava uma série de regras estritas; todos tinham que olhar para o orador e manter a imobilidade e a atenção fixa. A imobilidade, o controle do corpo, a postura, a gestualidade eram carregados de valor semântico e altamente ritualizados. A incongruência de gestos, a contínua mobilidade do corpo, em diversos textos da Antigüidade, eram consideradas expressões físicas da *stultitia*, a contínua agitação da alma do homem que não consegue exercer um controle sobre si mesmo.

Sempre no texto de Fílon, outro aspecto era fundamental, além da postura do corpo. A pessoa atenta devia manifestar a própria atenção acompanhando com movimentos da cabeça a aprovação, expressando com sorriso a própria atitude de escuta atenta, ou ao contrário, balançando a cabeça para o mau entendimento da fala.

Mas a escuta atenta precisava de algo mais em termos de compromisso e *empeiria*, a competência na escuta. Trata-se de um ponto importante da aula de Foucault que Epicteto retoma no segundo livro dos *Diálogos*, a necessidade de que o orador seja estimulado, incitado por parte do ouvinte: “Mostra-me a que posso chegar discutindo contigo. Excita meu desejo” (FOUCAULT, 2006, p. 417). Trata-se de uma resposta a um grupo de jovens finos, delicados e que não aprenderam nada de seus ensinamentos. Refere-se, nesse caso, a Alcibiades e à sua relação com Sócrates. Por um lado o domínio de si, do filósofo, em se deixar tomar pela beleza física de Alcibiades; por outro, a incapacidade de uma atenção verdadeira por parte do jovem:

Ele não pode efetivamente escutar a filosofia como se deve, uma vez que se apresenta perfumado, de cabelos frisados, etc... Portanto, é um bom aluno para o professor de lisonja, professor de ilusão, professor de ornamento. É o aluno adequado para o professor de retórica. Não é o aluno adequado para o professor de filosofia. (FOUCAULT, 2006, p. 417).

Em trecho sucessivo Foucault esclarece melhor o que significa ser um bom ouvinte de filosofia, retomando a carta 108 de Sêneca. O discurso filosófico deve ser escutado através de uma atenção ativa por aquele ouvinte que procura a verdade. A atenção, neste caso, não deve ser dirigida para a beleza da forma, para o vocabulário, mas ao que é dito, ao *lógos*, para o que é chamado o *tò prágma*, a referência da palavra, a proposição verdadeira (FOUCAULT, 2006, p. 419).

A segunda maneira de escuta filosófica é começar a memorizar o que é dito. Precisa guardar o silêncio, recolher-se sobre o que foi dito através de um olhar sobre si mesmo, não discutir imediatamente o que foi pronunciado, tentar compreender os significados.

Na fase conclusiva da aula, Foucault apresenta um exemplo bem interessante, sobre o que ocorre num salão de cabeleireiro. Nunca se deixa o salão sem ter dado uma olhada no espelho com o objetivo de vermos. É sobre essa metáfora da vida cotidiana que gostaria finalizar esta primeira parte. Em seguida veremos na segunda parte deste trabalho como, em forma esboçada e simplificada, intenta-se hoje, em alguns programas didáticos que utilizam um modelo de medicina centrada no paciente, ajudar os futuros profissionais de saúde a apreender algumas posturas associadas à chamada escuta não-seletiva: o olhar, a atenção reflexiva, o silêncio.

A escuta enquanto princípio educacional da formação dos profissionais de saúde

Dois exemplos contrapostos irão introduzir o tema: o primeiro exemplo é aquele descrito por Pablo Neruda no seu livro de memórias, *Confesso que vivi*. Trata-se da história do poeta andaluz Pedro Garfias que, tendo chegado à Escócia durante a derrota da guerra da Espanha, costumava beber sozinho uma cerveja todas as noites na taberna da aldeia. Ele bebia em silêncio, perto do fogo, melancólico e só. Uma noite, quando todos os clientes tinham-se ido, o dono lhe pediu que ficasse e acharam-se os dois a beber em silêncio, sozinhos. Esse episódio transformou-se num ritual: todas as noites, o dono da taberna e o poeta ficavam bebendo, sozinhos, ambos sem família. Aos poucos, começaram a se comunicar: Garfias falava da guerra da Espanha em andaluz com impropérios, pausas e gritos, enquanto que o outro escutava em absoluto silêncio, embora não falasse espanhol. Depois, o escocês fazia o mesmo, contando “provavelmente” as desventuras de sua família, de sua mulher, de seus filhos. Garfias naturalmente não entendia uma palavra de escocês, assim como o outro, porque Garfias falava um espanhol-cigano, dificilmente compreensível para o próprio Neruda. Muito embora aquele diálogo entre surdos fosse incompreensível do ponto de vista lingüístico, tornou-se uma necessidade, aumentou a amizade e o afeto entre os dois.

Garfias um dia confessou a Neruda: “nunca entendi uma só palavra do que dizia, mas quando eu escutava, eu tinha a sensação, a certeza de compreendê-lo”. “O mesmo acontecia quando era eu a falar, eu tinha certeza de que ele me entendia”. A dimensão emotiva, a comunicação não-verbal, de afetos, sentimentos e paixões, ultrapassam as fronteiras da língua, falam um idioma universal, assim como o amor, a morte e a vida. A comunicação entre essas pessoas se estabelece a partir das emoções que ambos conseguem expressar, transmitir ao outro e que superam o aspecto racional. A linguagem tem fundamento nos gestos, nos impropérios, nas pausas, nos acentos, nos sentimentos expressos através da mímica e dos gestos de compreensão.

No outro extremo, no outro lado do fio encontra-se uma história de incomunicabilidade transcultural. Foi-me contada por Ana Maria Ollarse, antropóloga chilena que trabalha há muitos anos com as populações Mapuche do Sul do Chile. É a história de um menino mapuche internado no hospital por um problema ocular. O menino devia submeter-se a uma consulta oftalmológica, mas tendo medo, ele começou a gritar e a berrar, pronunciando palavras em língua mapuche que ninguém compreendia. Tentaram acalmá-lo e convencê-lo a fazer o exame, mas quanto mais o pessoal tentava persuadi-lo, mais ele se rebelava. Ninguém conseguia entender o motivo, a razão de tanto ímpeto e rebeldia, então decidiram submetê-lo a uma consulta psiquiátrica, que nada mais fez senão aguçar a sua violência e o seu desespero. Foi-lhe diagnosticada uma crise maníaca e lhe foram administrados psicofármacos. Somente depois de poucos dias, quando alguém que falava mapuche pôde se aproximar dele é que conseguiram entender as razões daquele gesto.

Esta última história nos leva ao outro extremo do problema, colocando sob os refletores a incomunicabilidade, a linguagem de oposição e de rejeição que se torna uma linguagem psiquiátrica, a ser medicada. Uma vez mais esse exemplo nos mostra como a medicina se situa entre o si e o outro, e de como se manifesta a falta de uma capacidade de escuta do pessoal médico em relação ao paciente, que por sua vez se torna um objeto a ser examinado para concluir um diagnóstico clínico. É o raciocínio médico que constrói a relação, um processo que possui suas próprias bases lógicas, independentes dos sentimentos e das sensações do doente. No exemplo considerado,

não existe comunicação entre o pessoal médico e o menino: os médicos elaboram os diagnósticos baseados somente nos próprios fundamentos lógicos de tipo clínico.

Para enfrentar problemas como este, nos últimos anos diversas instituições acadêmicas e universidades deram início a atividades de formação que prevêm, em seus currículos, a realização de programas de formação sobre a relação médico-paciente (BRANCH *et al.*, 1991; McMANUS *et al.*, 1993). Em outros casos, trata-se de manuais práticos de referência (LLOYD; BOR, 1996; NEIGHBOUR, 1996; PENDLETON *et al.*, 1997; SILVERMAN *et al.*, 1999; MAGUIRE, 2000; TATARELLI *et al.*, 1998; LEITE *et al.* 2007).

No que se refere à experiência no curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 2004 nasce o grupo Humanidades, Saberes e Práticas em Saúde, composto por estudantes de Medicina, sob a orientação de um professor, a minha pessoa, que pretende explorar como a prática médica lida com as experiências dos pacientes. O grupo recupera os princípios das “humanidades médicas”, que prevêm a incorporação de elementos das Ciências Humanas (Filosofia, Psicologia, Antropologia, Literatura, Arte) nos cursos de graduação e de especialização em Medicina (TORSOLI, 1997; FEDERSPIL, 2004; TAPAJÓS, 2002).

As humanidades médicas permitem desenvolver uma nova compreensão da vivência e do sofrimento da pessoa, incorporando a realidade social e a experiência individual no encontro entre médico e paciente. Trata-se de uma concepção integrada que pretende melhorar as habilidades comunicacionais dos médicos e aprofundar a narrativa sobre a enfermidade, procurando novas formas de promoção do bem-estar do paciente. A escuta é sem dúvida um dos aspetos mais importantes desse processo de ensino-aprendizagem.

Em outro trabalho colocamos que profissional de saúde e paciente não estão no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o profissional de saúde detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Nessa relação, principalmente o médico, determina/impõe, aprioristicamente, um silêncio ao paciente. Por isso, a demanda para uma “escuta sensível” precisa ser ainda maior nos cursos de Medicina. Uma postura aberta, de escuta atenta, propicia a participação

ativa do paciente, que permite ao médico ir agregando novos dados para a compreensão do seu problema (SUCUPIRA, 2007).

Um novo modelo de consulta, a abordagem definida como “entrevista clínica centrada no paciente”, foi proposta há alguns anos, substituindo o método tradicional de anamnese conhecido por “abordagem centrada no médico” (STEWART *et al.*, 1995). Nesse novo modelo, o médico não analisa somente os aspectos biomédicos do problema de saúde, mas também a experiência da doença vivida pelo próprio paciente (CAPRARA, 2007).

Nos programas de formação sobre a relação médico-paciente recuperam-se, mesmo de forma simples, através da aquisição de habilidades comunicacionais, alguns princípios enunciados na primeira parte deste trabalho. No que concerne às habilidades de escuta, por exemplo, van der Molen, baseado sobretudo nos trabalhos de Ivey (1971), distingue entre *habilidades não-seletivas de escuta*, que têm como finalidade incentivar, estimular o paciente e *habilidades seletivas de escuta*, usadas pelo médico para selecionar certos aspectos da história do paciente que ele considera importantes (VAN DER MOLEN, 2007).

Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) diferenciam entre o conteúdo e o aspecto relacional da comunicação; boa parte da comunicação acontece através de canais não-verbais (MEHRABIAN, 1972). Assim, nos cursos coloca-se a importância das expressões faciais, como o sorriso, a gentileza, a simpatia, bem como o contato visual, olhar para o paciente demonstrando interesse. A postura corporal é outro aspecto abordado na formação: um médico descontraído inspira mais confiança do que um tenso ou que se move e gesticula intensamente (VAN DER MOLEN, 2007). O acompanhamento verbal, o correto uso do silêncio também são elementos abordados nos cursos. No que se refere às habilidades seletivas, os médicos devem aprender como colocar perguntas abertas e fechadas, como parafrasear o conteúdo da fala do paciente, como refletir sentimentos, como sintetizar o que os pacientes disseram, ordenando os principais pontos da história.

Sem entrar nos detalhes dessas diferentes habilidades a serem adquiridas, gostaria de colocar algumas reflexões sobre os métodos de ensino-aprendizagem mais apropriados para abordar o tema da escuta com estudantes e profissionais de saúde. Nas últimas décadas, os resultados da pesquisa científica no campo da Educação reafirma-

ram o papel da experiência e, de modo particular, da reflexão sobre a própria prática no processo de aprendizagem e no desenvolvimento de capacidades profissionais. As contribuições de autores como Dewey (1961), Freire (1987; 2001) e Kolb (1984), que colocam a experiência como fonte e como fio condutor da aprendizagem foram resgatados na “Aprendizagem Baseada na Experiência” (do inglês “*Experiential Learning*”), tornando-se referência fundamental no desenvolvimento de novos modelos de educação.

Ao mesmo tempo no Brasil, nos últimos anos, desenvolveu-se um debate importante sobre metodologias educacionais na formação de profissionais de saúde considerando, por um lado, a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (BARROWS, 1985; SCHMIDT, 2001; MAMEDE; PENAFORTE, 2001); por outro, aquela da problematização (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Por aprendizagem baseada em problemas entende-se uma estratégia educacional segundo a qual os estudantes desenvolvem ativamente os próprios conhecimentos, a partir de problemas discutidos em pequenos grupos.

A Aprendizagem Baseada em Problemas nasce no final dos anos 60, na Universidade McMaster no Canadá, desenvolvendo-se e disseminando-se rapidamente em outras universidades (em particular nas faculdades de Medicina) do mundo inteiro. Esta nova estratégia educacional não nasce do vácuo, assim como colocado por Penaforte, mas das idéias principais do filósofo John Dewey e de um psicólogo, Jerome Bruner (PENAFORTE, 2001). Por outro lado, no contexto brasileiro foi-se desenvolvendo, a partir dos anos 80, uma metodologia educacional chamada de “problematização” ou metodologia problematizadora, em diversas escolas de Enfermagem e principalmente na formação de auxiliares de enfermagem (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). A metodologia problematizadora inspira-se nas idéias desenvolvidas por Paulo Freire, em particular nas idéias de aprender a aprender, a construção do conhecimento a partir da experiência concreta, de problemas a serem enfrentados (FREIRE, 1987; SAUL, 2000). Todas essas estratégias educacionais convergem para alguns elementos comuns: o uso de metodologias ativas, centradas nos participantes, o trabalho em pequenos grupos a partir da reflexão sobre a experiência concreta.

O grupo Humanidades, Saberes e Práticas em Saúde, da UECE, é constituído por nove membros, seis académicos do décimo, um do sétimo e outro do quinto semestre do curso de Medicina da UECE liderados por um orientador, um professor adjunto desta universidade (AUGUSTO *et al.*, no prelo). Na disciplina que aborda as capacidades de escuta por parte dos alunos do 3º semestre do curso de Medicina, decidiu-se utilizar o *role-playing* (jogo de papéis), como metodologia de ensino-aprendizagem, a partir de uma série de elementos importantes que caracterizam este processo educacional: 1) a abordagem psicodramática possibilita desenvolver, em cada participante, um processo de conhecimento de forma reflexiva e criativa (FLEURY; MARRA, 2005); 2) esse processo leva à autonomia, que para Freire (2001), enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser; 3) permite perceber a dinâmica da relação pessoa-pessoa, diminuindo a ansiedade com o paciente; 4) permite a cada aluno experimentar diversos papéis (de médico, de paciente e de observador), de forma espontânea e criativa. O papel de paciente desenvolve, nos alunos, um interesse pela experiência subjetiva da doença que permite, por sua vez, explorar melhor os fatores que interferem nos processos de cuidado do paciente (PINHEIRO; MATTOS, 2004; LUZ, 2004).

Aqueles que experimentam o papel do médico enfrentam, como primeiro passo, a escuta ativa, tentando entender o que o paciente sente, como interpreta a própria doença, valorizando o que ele está dizendo. O *role-playing* se caracteriza por quatro etapas: 1) o aquecimento, que coloca os alunos em contato com o tema principal, através de uma introdução feita pelo professor; 2) a dramatização, experimentando o papel de médico, de paciente e de observador; 3) o compartilhar, que permite expressar as dificuldades enfrentadas pelos alunos no processo educacional; 4) enfim, a finalização feita pelo professor, que vai resumindo os principais temas abordados e as dificuldades enfrentadas. Um dos desafios que o grupo terá que encarar nos próximos anos é como trabalhar o mais próximo possível do *role-playing* de Moreno e não somente treinar o papel de forma mecânica. A incorporação recente de uma psicodramatista¹ no grupo deverá nos ajudar nesse processo.

Conclusão

O cuidado de si e o cuidado dos outros, na Antigüidade, eram baseados numa série de elementos constitutivos importantes. Um deles era a escuta, constituída por um conjunto de aspectos como o silêncio, a escuta ativa, a atitude física própria a ser assumida durante a escuta, a relação do indivíduo com o próprio corpo e com a própria alma, para poder escutar corretamente.

Foucault aborda esses temas numa das suas últimas aulas do curso de 1982, no Collège de France, dedicado à hermenêutica do sujeito. De forma esquematizada e simplificada procura-se hoje, em alguns programas didáticos que utilizam o modelo de medicina centrada no paciente, ajudar os estudantes de Medicina a apreender algumas posturas associadas à chamada escuta não-seletiva: o olhar, a atenção reflexiva, o silêncio. Estes aspectos comunicacionais deveriam ser abordados pelos programas educacionais através da utilização de metodologias ativas, centradas nos participantes, em pequenos grupos, a partir da reflexão sobre experiências concretas.

Freqüentemente se aponta a questão da formação das habilidades comunicacionais como uma conquista de longo prazo, mas é claro que qualquer projeto formativo deve ser vinculado às mudanças estruturais, gerenciais e organizacionais das unidades de saúde, a fim de articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores condições de trabalho e capacidades de escuta.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a Nícia Nogara, pela tradução de uma parte do texto, às professoras Marialda Silveria, Lucyla Paes Landim e Rosy Barbosa, pela leitura e comentários antes da versão final; enfim, a Ellen Lima, pelos trabalhos sobre o sociodrama e o psicodrama. O trabalho é dedicado a Elizabeth Uchoa.

¹ Annatalia Gomes, psicóloga, psicodramatista, doutoranda em Ciências da Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Referências

- AUGUSTO, L. K. *et al.* Educação e Humanidades em Saúde: a experiência do grupo de Humanidades do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará. *Revista Brasileira de Educação Médica*. (aceito para publicação).
- BARROWS, H. S. *How to Design a Problem-Based Curriculum for the Preclinical Years*. New York: Springer Publishing Company, 1985.
- BECKMAN, H. B; FRANKEL, R. M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med*, v. 101, n. 692-6, 1984.
- BRANCH, W. T. *et al.* Teaching Medicine as a Human Experience: A Patient-Doctor Relationship Course for Faculty and First-Year Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, n. 114, p.482-489, 1991.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p.139-146, 2004.
- CAPRARA, A. Aspectos culturais da interação com o paciente e a comunidade. In: LEITE, A. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007. p. 226-242.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.
- DEWEY, J. *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia Editrice, 1961.
- FEDERSPIL, G. Le Humanities e il Ragionamento Clinic. *MEDIC Metodologia Didattica e Innovazione Clinica*, v. 12, n. 3, p. 27-36, 2004.
- FLEURY, H. J.; MARRA, M. M. (Orgs.). *Intervenções grupais na educação*. São Paulo: Ágora, 2005.
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- IVEY, A. E. *Microcounseling*. Innovations in interviewing training. Springfield: Charles C. Thomas., 1971.
- KOLB, D. A. *Experiential Learning*. Experience as the Source of Learning and Development. New Jersey: Englewood Cliffs, 1984.
- LEITE, A. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007.
- LLOYD, M.; BOR, R. *Communication Skills for Medicine*. New York: Churchill Livingstone, 1996.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 9-20.

- MAGUIRE, P. *Communication Skills for Doctors*. London: Arnold, 2000.
- MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Orgs.). *Aprendizagem baseada em problemas*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- MARVEL, M. K. *et al.* Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, v. 281. n. 3, p. 283-287, Jan. 1999.
- MCMANUS, I. C.; VINCENT, C. A.; THOM, S.; KIDD, J. Teaching communication skills to clinical students. *BMJ*, n. 306, p. 1,322-7, 1993.
- MEHRABIAN, A. *Non-verbal communication*. Chicago: Aldine, 1972.
- NEIGHBOUR, R. *The Inner Consultation*. How to Develop an Intuitive Consulting Style. London: Librapharm, 1996.
- NERUDA, P. *Confesso que vivi*. Lisboa: Europa-América, 1994.
- PENAFORTE, J. John Dewey. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Orgs.). *Aprendizagem baseada em problemas*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 10-35.
- PENDLETON, D. *et al.* *The Consultation*. An Approach to Learning and Teaching. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- SAUL, A. M. *Paulo Freire e a formação de educadores: múltiplos olhares*. São Paulo: Articulação/Universidade/Escola, 2000.
- SCHMIDT, H. As bases cognitivas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Orgs.). *Aprendizagem baseada em problemas*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 81-108.
- SEPPILLI, T. Antropologia Medica: fondamenti per una strategia. *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica introduzione all'antropologia medica*, n. 1-2, p. 7-22, 1996.
- SHORTER, E. *Doctors and their patients: a social history*. New Brunswick: Transaction, 1999.
- SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.
- STEWART, M. *et al.* *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage, 1995.
- SUCUPIRA, A. C. Estrutura da consulta. In: LEITE, A. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M (Orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007. p. 11-46.
- TAPAJÓS, R. Introducing the arts into medical curricula. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, v. 6, n. 10, p. 27-36, 2002.
- TATARELLI, R.; DE PISA, E.; GIRARDI, P. *Curare con il Paziente*. Metodologia del rapporto medico-paziente. Milano: Franco Angeli, 1998.
- TORSOLI, A. *Manuale di metodologia clinica per studenti e giovani medici*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.

Andrea Caprara

VAN DER MOLEN, H. Habilidades de escuta na consulta médica. In: LEITE, A. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007. p. 47-66.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. *Pragmatics of human communications*. Nova York: Norton, 1967.

YOURCENAR, M. *Memórias de Adriano*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

PARTE IV

Redes Sociais



Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social

ALDA LACERDA
MARIA BEATRIZ GUIMARÃES
CARLA MOURA LIMA
VICTOR VINCENT VALLA

Introdução

A importância do cuidado para a vida social e para a organização de práticas de integralidade à saúde tem sido amplamente discutida por diversos autores no campo da Saúde Coletiva (PINHEIRO; MATTOS, 2004). Embora o cuidado seja relevante em todas as classes sociais, vamos nos ater, neste capítulo, a discutir o cuidado na perspectiva das classes populares, pois o estudo dessa parcela da população vem sendo nosso objeto de interesse em diversas pesquisas.

Em algumas pesquisas realizadas (GUIMARÃES *et al.*, 2005), identificamos a existência de um verdadeiro impasse¹ provocado pela situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população que vive nos complexos de favelas do município do Rio de Janeiro. Os impasses da população decorrem das precárias condições de vida, da violência cotidiana em suas diversas formas, da luta pela sobrevivência, das condições insalubres de moradia, do dilaceramento das relações familiares e têm impacto direto na saúde da população. Nesse contexto, parcelas crescentes da população vêm adoecendo e apresentando um tipo de sofrimento que transcende a dor física,² que é denominado

¹ O impasse tem sido compreendido, por nosso grupo de pesquisa, como importante categoria que sintetiza uma série de fatos cotidianos que culminam na inação, advinda da própria ineficácia das soluções encaminhadas ou da impossibilidade de agir diante das circunstâncias apresentadas (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

² A literatura médica costuma associar o sofrimento à dor física e desconsiderar a totalidade do sujeito (CASSEL, 1982).

de sofrimento difuso³ (VALLA, 1999). Caracteriza-se por uma sensação de um mal-estar generalizado com uma diversidade de sintomas, tais como irritabilidade, insônia, nervosismo, ansiedade, angústia, dores no corpo, acrescido da falta de perspectiva de vida.

O sofrimento difuso causa incapacidades funcionais e leva ao aumento da demanda de atenção médica, sendo responsável por uma parcela significativa dos gastos com consultas, exames, licenças médicas e aposentadorias por problemas de saúde. A resposta mais imediatista a esse tipo de sofrimento, e que tem sido utilizada nos serviços públicos, é a medicalização com benzodiazepínicos para “acalmar” os sintomas. O que se percebe é que o recurso à medicalização não resolve o problema individual e propicia a cronificação do paciente, dependente desse tipo de medicação, além de acobertar a discussão dos problemas socioeconômicos envolvidos na gênese do sofrimento e da formulação de práticas e políticas de saúde que atendam às necessidades da população (FONSECA, 2007).

É notória a falta de espaços para acolher e cuidar do sofrimento difuso nos serviços públicos de saúde, fato amplamente percebido por aqueles que vivenciam esse sofrimento nas classes populares. As práticas de saúde organizadas segundo a lógica do modelo biomédico priorizam o diagnóstico e o tratamento das doenças definidas pelo saber técnico-científico, e tendem a se afastar do sujeito doente e seu cuidado. Embora os serviços públicos sejam cobrados pela produtividade, ou seja, pela quantidade de consultas, exames e procedimentos realizados, e disponibilizem pouco tempo para ouvir os relatos dos sujeitos, o que se percebe é que não se trata apenas de falta de tempo. É preciso levar em conta que é inerente à racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do paciente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas buscar a doença no organismo, seja pelo exame físico ou por instrumentos técnicos (VALLA *et al.*, 2004).

Tendo em vista a relevância de acolher e aliviar o sofrimento difuso, o cuidado assume dimensão importante, o que implica sair da centralidade da doença para o sujeito e seu cuidado. O cuidado é mais

³ Este termo foi cunhado por Victor Valla em um serviço de saúde, dito por uma profissional. O sofrimento difuso se encontra disseminado de forma ampla em toda a sociedade, em especial entre as classes populares.

do que um ato pontual, é uma atitude interativa de atenção, preocupação e responsabilização para com o outro (BOFF, 2000), e inclui o acolhimento, a escuta dos sujeitos e o respeito pelo seu sofrimento e suas histórias de vida (LACERDA; VALLA, 2004). Cuidar dos sujeitos é ajudá-los a aliviar o sofrimento e dar-lhes o apoio necessário para superar as dificuldades e enfrentar os impasses do cotidiano.

Assim sendo, em situações nas quais os impasses, por serem determinados socialmente, transcendem o âmbito do atendimento em saúde, nem sempre é possível curar, mas não se pode renunciar a tratar ou cuidar dos sujeitos doentes (VASCONCELOS, 1998). É preciso, portanto, pensar em práticas de cuidado integral onde se torna possível tratar o sofrimento difuso, não por meio da medicalização, mas por abordagens que aproximem o cuidador e os sujeitos que estão sendo cuidados e permitam a expressão de emoções ligadas ao sofrimento – como os medos, ansiedades, tristezas, raivas, angústias – de modo que estas possam ser acolhidas e ressignificadas.

Em trabalhos anteriores, temos abordado o cuidado como uma dimensão da integralidade das ações em saúde, ultrapassando assim a dimensão técnica e os cuidados tradicionais de higiene (LACERDA; VALLA, 2003 e 2004). Dentro dessa abordagem, vimos discutindo algumas práticas e atividades de cuidado integral, tais como homeopatia, grupos religiosos, determinadas atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, entre outras, que visam a promover a saúde e abrem espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico. Essas práticas de cuidado integral trabalham na perspectiva do apoio social e suas redes, e se apresentam como propostas para aliviar o sofrimento dos sujeitos e grupos sociais.

Ao falarmos de apoio social nos referimos aos diversos recursos – emocionais e tangíveis – que os sujeitos dão e recebem por meio de relações sociais sistemáticas, relações estas fundamentadas na solidariedade e confiança. O apoio social circula por meio dos vínculos que se estabelecem nas relações interpessoais ou nas relações de maior densidade social, como as redes sociais (COHEN; SYME, 1985; LACERDA; VALLA, 2003 e 2004). Uma das características do apoio social é ser um processo recíproco, e que propicia a todos os envolvidos – o doador e o que recebe o apoio – uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle

sobre a mesma, com conseqüentes benefícios à saúde física e mental (COHEN; SYME, 1985; VALLA, 1999).

Levando-se em conta o sofrimento crescente da população e a necessidade de aprofundar essa discussão no campo da saúde, os objetivos do presente texto consistem em articular a discussão do cuidado com as emoções, e dar visibilidade a práticas – institucionais ou não – que trabalham na perspectiva das redes de apoio social e propiciam acolher e ressignificar o sofrimento.

Emoção e cuidado no âmbito da sabedoria prática

O sofrimento difuso, com a sua diversidade de sintomas “imprecisos” e subjetivos, nos leva a questionar as possíveis relações entre saúde, doença, emoção e cuidado. Os estudos sobre emoções, saúde e doença costumam tratar as emoções como universais, e partem do ponto de vista biológico para identificar áreas do cérebro que seriam responsáveis por desencadear emoções específicas (DAMÁSIO, 2004). São estudos que reforçam a dicotomia entre corpo e mente, razão e emoção, e sentimentos e pensamentos, e, deste modo, trazem poucas contribuições para a discussão do sofrimento difuso e para as práticas de cuidado integral à saúde.

Em contrapartida, estudos do campo da Antropologia se contrapõem a essa base biológica e apontam que as emoções são aspectos da experiência individual, mas que não são universais, pois são social e culturalmente construídas (ROSALDO, 1984; ABU-LUGHOD; LUTZ, 1988). Existe, portanto, uma tensão dos estudos sobre emoções no que se refere a seu caráter inato ou universal e à compreensão das mesmas enquanto fenômenos socioculturais.

Na perspectiva antropológica, as emoções são fenômenos socioculturais e intersubjetivos que se dão a partir da relação entre sujeitos, na experiência concreta dos mesmos (ABU-LUGHOD; LUTZ, 1988). Essa forma dinâmica de conceber as emoções pode ser útil para viabilizar práticas de cuidado integral, tendo em vista que o cuidado também se constrói no cotidiano, nas relações entre os sujeitos, e não pode ser pensado descolado da vida social e cultural.

O cuidado integral pressupõe estabelecer relações de troca e envolvimento entre os sujeitos, e essas relações estão permeadas de conteúdos emotivos, que ao serem expressos precisam ser acolhidos.

Assim sendo, o trabalho mecânico e técnico do profissional de saúde, mesmo que tenha o objetivo de cuidar do paciente, pode salvar vidas, mas não consegue atingir o sentimento e o sofrimento de quem adoece (TESSER, 1999).

A discussão do cuidado integral e emoções traz à tona as dimensões subjetivas e simbólicas presentes nas relações sociais e nas diversas formas de apreensão do real. Abordar o cuidado presente na intersubjetividade, ou seja, no campo relacional que se estabelece entre os sujeitos, requer considerar que existe uma dimensão do autocuidado. Embora essa dimensão fuja ao escopo deste trabalho, cabe ressaltar que entendemos que a mesma também é um constructo sociocultural.

As dimensões subjetivas e simbólicas do cuidado e as emoções abrem espaços para práticas sociais pautadas num saber que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis* ou sabedoria prática (AYRES, 2004). Esse tipo de saber tácito se distingue da técnica e da ciência, bem como do livre exercício da subjetividade criadora; aprende-se com a experiência e permeia de modo intencional as ações. No campo da saúde, esse saber que se faz presente na relação com o outro é muito importante, pois as decisões, em grande parte, são tomadas a partir da prática, no momento em que as ações estão se dando, e é nesse momento que é exigido do profissional um julgamento e atitude diante da situação. É um saber que muda de situação a situação, por isso não cria leis universais. Nesse momento, o profissional pode lançar mão de saberes técnicos, mas não somente, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião (AYRES, 2004) e a intuição (GUIMARÃES, 2005).

Valorizar o modo de conhecer por meio da experiência e da sabedoria prática pode contribuir para que o cuidado e as emoções sejam legitimados nas diversas práticas de educação e saúde. O cuidado pressupõe uma atitude de desvelo e atenção apurada para com o outro, para que se possa ser capaz de observar e captar pequenos detalhes, gestos inconscientes e sutis, pois eles podem traduzir o que as palavras muitas vezes não conseguem expressar. Ginzburg (1991) aponta para a relevância desse tipo de saber nascido a partir da prática, isto é, adquirido com a experiência, residindo aí sua força. Nesse tipo de conhecimento entram em jogo elementos imponderáveis, tais como: faro, golpe de vista, olho-clínico, intuição.

Legitimar esses outros tipos de saberes e formas de apreensão do real, que se dão no movimento dinâmico da vida e são constituídos por emoções, implica falar de intuição, pois é a forma de conhecimento capaz de apreender as diversas nuances presentes em cada acontecimento. No campo da filosofia, Bergson (1974), ao elaborar seu Método Intuitivo, propõe a existência de duas formas de conhecimento: uma que é obtida pela inteligência e outra, pela intuição. A primeira visa a satisfazer as necessidades e interesses práticos, e a segunda se viabiliza por meio de uma apreensão *imediate* da realidade. A intuição ocorre quando o pensamento racional – nos moldes da inteligência prática/interesseira – é submetido à crítica, permitindo que a atenção se volte para a sensibilidade. Nesta instância, o sujeito, ao vivenciar o momento presente, num lapso de tempo por meio de uma consciência imediata, dá vazão para que a intuição se manifeste (GUIMARÃES, 2005a).

A intuição é, neste sentido, a capacidade de o indivíduo captar aquilo que foi sentido e apreendido pelo corpo, percebido por meio de uma forte emoção, que Bergson denominou de criadora, por expressar a criação de algo novo. O pensamento intelectual, por outro lado, reelabora idéias preconcebidas. Nisto consiste o Método Intuitivo: a intuição apresenta-se sempre como uma totalidade, sob a forma de síntese, mas logo em seguida vem o pensamento racional para elaborar, comparar e analisar aquilo que foi intuído, recorrendo ao conhecimento que o sujeito já possuía anteriormente. Essas duas formas de pensamento são, portanto, complementares (GUIMARÃES, 2005a).

Em geral, esse saber que se constrói no encontro e que permite a expressão da subjetividade, das emoções e do simbólico do adoecer humano não costuma ser considerado. A doença e o sofrimento podem interferir na sensação de controle da própria vida e fragilizar as relações sociais, o que, por sua vez, aponta para a importância da articulação dos sujeitos em rede. Por meio das redes de apoio social circulam diversos bens tangíveis e intangíveis, e o cuidado e as emoções são alguns desses bens simbólicos e intangíveis circulantes.

Diante da precariedade e sofrimento das classes populares, é importante promover e legitimar espaços e redes de apoio social no contexto da saúde, nos quais as dinâmicas ajudem a captar e expressar as emoções e vivências dos sujeitos e grupos – muitas vezes sofridas e dolorosas – e que envolvam a dimensão do cuidado

integral. Assim, passamos para o segundo objetivo deste capítulo, que consiste em retratar duas práticas de cuidado integral que trabalham na perspectiva do apoio social.

Práticas de cuidado integral em rede: a criação de espaços de acolhimento e resignificação do sofrimento

Pode-se constatar a existência, atualmente, de diversas atividades terapêuticas e práticas de apoio social disseminadas em nossa sociedade, muitas delas atuando isoladamente, e outras já constituídas em redes (LACERDA *et al.*, 2006). Essas atividades, vistas como práticas contra-hegemônicas, contribuem para legitimar outras formas de pensar para além do modelo biomédico, e referem-se às diversas atividades de solidariedade e apoio social, que permitem acolher as emoções, e que podem resultar, intencionalmente ou não, em melhorias de saúde (VALLA, 1999).

Como já pontuamos em estudos anteriores (VALLA *et al.*, 2004), embora existam atividades e práticas terapêuticas e de apoio social, a maior parte delas não está disponível nos serviços públicos de saúde e, devido a seu custo financeiro, tornam-se inviáveis para as classes populares. Nesse cenário, é necessário dar visibilidade ao modo como as classes populares vêm-se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas do cotidiano em resposta às condições de vida a que estão submetidas, como é o caso da organização de alguns grupos religiosos. Abordaremos a seguir dois exemplos de práticas contra-hegemônicas de cuidado à saúde que propiciam a expressão de emoções: a Terapia Comunitária e a prática do acolhimento presente nas igrejas evangélicas.

A Terapia Comunitária é uma técnica de trabalho com grupos, realizada no Brasil e em outros países, e que foi elaborada e desenvolvida há 20 anos⁴. Essa prática tem-se mostrado um instrumento inovador que permite aos sujeitos enfrentarem suas dificuldades a partir do relato das histórias de vida dos outros participantes, sobre o modo como cada um lida com as dificuldades e os sofrimentos do cotidiano. A partir do relato, da escuta atenta e da expressão dos conteúdos

⁴ A Terapia Comunitária foi desenvolvida pelo psiquiatra Adalberto Barreto da Universidade Federal do Ceará.

emocionais, os sofrimentos podem ser ressignificados. Busca-se, desse modo, constituir um espaço onde os sujeitos e grupos se tornem mais fortalecidos e aumentem sua auto-estima (BARRETO, 2005).

Neste espaço de troca e solidariedade procura-se partilhar experiências de vida e sabedorias, identificar e refletir acerca de situações-problema, de modo a encontrar possíveis caminhos para resolução dos temas apresentados. O terapeuta comunitário procura trabalhar as habilidades dos sujeitos, no sentido de realçar e valorizar o saber produzido pela vivência de cada um; e o grupo se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais. Essa prática de rede de apoio social se constitui numa abordagem facilitadora do empoderamento, uma vez que potencializa os recursos individuais e coletivos (BARRETO, 2005).

Trata-se, pois, de uma terapia para a prevenção e promoção da saúde, cujo foco é o sujeito e seu sofrimento, e não a doença. Nas rodas de Terapia Comunitária circulam, junto aos sofrimentos, os afetos e emoções, expressos em sorrisos, comemorações de datas festivas, músicas, movimentação corporal e partilha de lanche ao final. É uma prática relevante no contexto das classes populares, na medida em que visa a promover a inclusão social de seus membros e permite reunir um grande número de pessoas. O envolvimento, sensibilidade, escuta, acolhimento, preocupação para com o outro e respeito pelas diferenças permitem conceber a Terapia Comunitária como uma prática de cuidado integral à saúde.

A outra prática contra-hegemônica se constitui como prática de acolhimento entre os grupos religiosos. O aumento da procura pelas igrejas e centros espíritas é um fato notório, principalmente entre as classes populares da nossa sociedade. Os indivíduos estão buscando esses caminhos na tentativa de resolver seus problemas de saúde e como forma de aliviar o sofrimento. A busca crescente pelas igrejas vem sinalizando a formação de novas redes de apoio social, pois propiciam o estabelecimento de relações sociais sistemáticas e a constituição de redes sociais intangíveis, onde circulam diversos bens simbólicos. Alguns autores (PARKER, 1996; VALLA, 2001) compreendem a constituição dessas redes como uma forma de os sujeitos e grupos das classes populares se defenderem da conjuntura de precariedade que tende a excluí-los, ou incluí-los de forma perversa e desigual (MARTINS, 1997).

As igrejas, principalmente algumas evangélicas, costumam ficar abertas para receber seus fiéis, que vão para desabafar e serem ouvidos. Os religiosos ouvem e procuram fortalecer a auto-estima da sua membresia, com palavras de conforto e estímulo. O reforço à fé do praticante constitui importante bem simbólico que o ajuda a enfrentar e resistir à pobreza e aos impasses do cotidiano (FIGUEIRA, 1996). A conversão, por sua vez, propicia a entrada num novo sistema simbólico que, ao oferecer um senso de coerência e sentido de vida, redimensiona a visão de mundo do fiel, e, com isso, alimenta a sua esperança. Os ambientes das igrejas pentecostais e neopentecostais, por exemplo, procuram promover o bem-estar, e seus discursos ressaltam episódios bíblicos nos quais os personagens conseguem sair vitoriosos das mais adversas situações. Os cultos religiosos são atrativos para os fiéis, ao proporcionarem um ambiente relaxante e um espaço de encontro, onde é possível compartilhar os problemas e soluções, ouvir músicas ao vivo, cantar junto ou apenas movimentar o corpo (GUIMARÃES, 2005b). Nesse sentido, essas atividades podem ser vistas como práticas terapêuticas e de cuidado em saúde, em que se fortalecem a auto-estima e a alegria de viver.

Segundo Corten (1996), o pentecostalismo se caracteriza pela importância dada à emoção, em que até a própria proposta teológica se subordina à “experiência emotiva partilhada” pelos fiéis. O desejo dos participantes de vivenciar emoções é constatado por meio do encanto e alegria demonstrados nos cultos. Esse autor relata que, freqüentemente, trata-se de emoções de consolo em face de males que não podem ser mudados e, assim, a dignidade do ser humano é o que acaba se afirmando. É nesse sentido que o cuidado integral assume relevância nessas religiões, na medida em que lida com o sentimento dos sujeitos e favorece o apoio às emoções (VALLA *et al.*, 2004).

Essas igrejas evangélicas promovem a circulação de bens tangíveis, como por exemplo, a distribuição de cestas básicas, e realizam trabalhos sociais para a comunidade que têm estreita relação com os problemas de saúde da população. Esses trabalhos são fundamentados em ações de solidariedade, e se materializam em atendimento médico e odontológico, creches, cursos extraclasse para crianças e adolescentes e de alfabetização para adultos, festas, passei-

os, além de encaminhar os fiéis para arrumar emprego. Esses benefícios são bens simbólicos e ajudam a população diante das dificuldades da vida (VALLA *et al.*, 2004).

Considerações finais

A discussão sobre cuidado, no contexto da saúde, ganha cada vez mais centralidade diante do aumento da demanda de atenção médica decorrente do sofrimento difuso e dos limites do modelo biomédico hegemônico em lidar com as dimensões simbólicas do adoecer humano. O sofrimento difuso pode ser associado a um desencantamento diante da vida, em função da conjuntura socioeconômica e política marcada pela pobreza, desemprego, violência crescente e outros impasses do cotidiano. Está relacionado ao que Chauí (1990) define como o caminho estreito das classes populares, ou seja, uma situação de miséria, com poucas perspectivas, em que faltam dinheiro e tempo para se ter uma vida digna.

O atual modelo político-econômico se fundamenta nos princípios capitalistas de competição individual e acumulação privada, e contribui para o individualismo crescente em nossa sociedade. É um modelo que gera a concentração de riquezas e disseminação da pobreza, no qual a violência se expande por todos os setores e promove o esgarçamento do tecido social. Essa desorganização do tecido social, por sua vez, ocasiona a desestruturação dos relacionamentos interpessoais, a dificuldade de constituir vínculos, a retração das redes sociais (CASTEL, 1993), e a vulnerabilidade ao sofrimento e demais problemas de saúde.

A desorganização do tecido social também fragiliza diversas instituições sociais, como, por exemplo, a família. O que se evidencia, cada vez mais, são famílias matrilineadas, ou seja, mulheres que sustentam e cuidam sozinhas dos seus lares, e que em função da necessidade de sobrevivência não conseguem se dedicar satisfatoriamente à educação dos filhos. Isso resulta em crianças e adolescentes mais vulneráveis aos riscos da vida cotidiana, principalmente em comunidades empobrecidas. Trata-se, portanto, de contextos de precariedade que acentuam o que se convencionou chamar de exclusão dos sujeitos das classes populares que vivem uma fragilidade diante das situações de vida, da instabilidade do presente e da incerteza no futuro.

Exclusão social vem sendo utilizada para definir as modalidades de miséria do mundo (CASTEL, 1993), no entanto esse termo tem sido questionado diante da premissa de que todos os sujeitos estão de alguma forma incluídos, já que fazem parte do sistema capitalista, na medida em que são consumidores. Assim, ao falar de exclusão social das classes populares, e o impacto que isso gera no campo da saúde, é importante nos remetermos a Martins (1997), quando afirma ser a exclusão apenas um momento da dinâmica de um processo mais amplo, uma vez que a lógica do capitalismo é excluir para incluir de outro modo, segundo suas próprias regras. O problema da exclusão começou a se tornar mais visível, atualmente, em função do longo tempo para a reinclusão, que freqüentemente se dá à custa da degradação pessoal. Para esse autor, a inclusão ocorre, mesmo que de forma marginal, precária e instável, de modo que esse processo cria uma sociedade paralela que é includente do ponto de vista econômico, mas excludente do ponto de vista social, moral e até político.

No cenário de competição, individualismo e inclusão de forma desigual, os sujeitos vivenciam no dia-a-dia emoções de medo, insegurança, revolta, raiva, entre outras. O medo, por exemplo, deixa de ser um fato episódico e torna-se uma constante, o que leva Romano (2002) a ponderar que esse medo coletivo impede que a confiança se instale, o que, por sua vez, pode inviabilizar a democracia, uma vez que a confiança é base da mesma. No entanto, o que nos chama atenção nesse tipo de discussão é que as emoções expressas pelos sujeitos e grupos sociais refletem algo do coletivo, ou seja, do contexto social e cultural de exclusão e individualismo no qual a população está imersa.

Fala-se de democracia em geral para legitimar discursos que, por vezes, tentam justificar práticas de inclusão social parcial, no entanto, democracia pressupõe uma determinada forma e conteúdo de existência social em que liberdade, pluralidade, participação e confiança estão presentes em todos os níveis e setores da vida, seja econômico, político, social ou cultural (SOUZA, 1991). A democracia não se faz, portanto, sem o exercício de uma cidadania plena, com os vários aspectos da inclusão dos sujeitos e grupos sociais contemplados.

No caso da cidade do Rio de Janeiro, o resultado dessa política de exclusão foi a constituição de uma *cidade partida* (VENTURA, 1994), onde ainda não podemos prever até quando essa situação de

apartheid e violência social permanecerá. Nesse sentido, a constituição de redes de apoio social é relevante como possibilidade de novas ações sociais que incorporem esse contingente de sujeitos incluídos de forma perversa e desigual, uma vez que essas redes revelam novas formas de solidariedade e instauram um circuito de cuidado onde as pessoas se auxiliam reciprocamente.

Referências

- ABU-LUGHOD, L.; LUTZ, C. Introduction: emotion, discourse, and the politics of everyday life. In: _____. (Orgs.). *Language and the politics of emotion*. New York: Cambridge University Press, 1988. p. 1-23.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 8, n. 14, set 2003-fev 2004, p. 73-91.
- BARRETO, A.P. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
- BERGSON, H. *Introdução à metafísica*. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 639-645, 1982.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 4*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 21-48.
- CHAUÍ, M. Notas sobre cultura popular. In: _____. (Org.). *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez, 1990. p. 61-85.
- COHEN, S.; SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: _____. (Orgs.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985. p. 3-22.
- CORTEN, A. *Os pobres e o Espírito Santo*. O pentecostalismo no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1996.
- DAMÁSIO, A. *Em busca de Espinosa: prazer e dor na Ciência dos Sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- FIGUEIRA, S. M. A. *Jesus, o médico dos médicos*. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde. Dissertação. 1996 (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1996.
- FONSECA, M. L. G. *Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.
- GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. (Org.). *Mitos, emblemas, sinais*. São Paulo: Cia. das Letras, 1991. p. 143-179.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Coords). *Os impasses da pobreza absoluta*. Relatório da Pesquisa “*Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica – Uma proposta de ouvidoria coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro*”, apresentado à Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>

GUIMARÃES, M. B. L. Intuição, pensamento e ação na clínica. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, p. 317-332, 2005a.

_____. Feminização da pobreza e religiosidade. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.) *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005b. p.169-189.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade*. cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 169-196.

_____. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-117.

LACERDA, A. *et al.* As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 445-457.

MARTINS, J. S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista*. outra lógica na América Latina. Petrópolis: Vozes, 1995.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

ROMANO R. Medo! *Revista Espaço Acadêmico*. Ano II, n. 18, nov. 2002. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/018/18polemica.htm>. Acessado em: 12 fev. 06.

ROSALDO, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: SHWEDER, R.; LeVINE, R. (Orgs.). *Culture theory: essays on mind, self and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 137-57.

SOUZA, H. *Escritos Indignados*. Rio de Janeiro: IBASE, 1991.

TESSER, C. D. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 15, p. 7-14, 1999.

_____. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 39-62.

Alda Lacerda *et al.*

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 103-117.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p. 39-57, 1998.

VENTURA, Z. *Cidade partida*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica

OCTAVIO BONET

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES

Introdução

Pretendemos, neste trabalho, apresentar algumas reflexões iniciais acerca da potencialidade compreensiva implicada nas metáforas do cuidado para a investigação das redes de práticas terapêuticas. Num primeiro momento, abordamos o conceito de prática enquanto um caminho promissor para a compreensão dos processos de significação, passando ao largo de algumas dicotomias clássicas, tais como representações x práticas e crenças x fatos, em que nós pesquisadores fomos habitualmente treinados. Em seguida, aprofundando a idéia da prática como processo, compreende-se que o trabalho de mediação mobilizado na prática pode ser situado sempre como um espaço “entre”. Por fim, procuramos explorar nesse espaço de mediação o processo de criação de significações mobilizado pela metáfora – no caso, as metáforas do cuidado, estendendo-as à metaforização do corpo.

Prática e criação de sentido

De que forma podemos investigar a atual diversidade de práticas de cuidado (mais ou menos explicitamente terapêuticas), compreendendo as percepções aí produzidas sem, que isso implique uma neutralização das diferenças? Até que ponto é possível compreendê-las nos termos de suas cosmologias, construindo uma aproximação que não implique uma traição valorativa (quase sempre implícita) da perspectiva do outro ao apontá-la como crença?

O conceito de crença, tomado enquanto efeito político – acusatório – acaba por tornar opaca a relação entre nós e os outros (LATOUR, 2001). Decorrente da naturalização da concepção moderna (oficial) de social, segundo a qual fatos e crenças devem ser distinguidos sob pena de nos envolvermos num paradoxo de proporções gigantescas, somente aos fatos – da natureza *ou* da sociedade – é que podemos conceder realidade ontológica. Para aqueles que confundem fatos e crenças – natureza e sociedade –, reservamos a possibilidade de compreendê-los através do seu “contexto social”, onde, absolvidos da acusação de irracionalidade, podem ser reabilitados em sua ingênua (e errônea) percepção do real: são representações, dizemos (VIVEIROS-DE-CASTRO, 2002, p. 124).

Mas, se como sugere Latour (2001, p. 31 – grifo do autor), a crença “não é um estado psicológico, não é um modo de apreender declarações, mas um modo *polêmico* de relações”, esse potencial acusatório não nos oferece uma descrição adequada de como as coisas se passam com os outros e, surpreendentemente, nem com nós mesmos. Residiria, então, na investigação da linguagem da prática a possibilidade de rompermos com esse paradoxo, fruto do nosso comprometimento com uma visão de mundo que nos leva sempre a fazermos a pergunta errada: isso é fato ou é construído? A antropologia da modernidade, implicada nos estudos da ciência, tem oferecido outras possibilidades de investigação, sugerindo que esse paradoxo faz parte da visão de mundo, mas não do *mundo possível* mobilizado pelos modernos.

Na “sutil linguagem da prática” – para utilizarmos uma bela expressão de Latour – modernos e não-modernos são reabilitados. O paradoxo não encontra lugar, fatos e artefatos podem se reconciliar, os fetiches desfazem-se do seu caráter ilusório. A ação – enquanto evento – desencadeia “um modo de argumentar e de agir” que supera as expectativas dos seus atuantes (humanos e não-humanos). O que a crítica moderna não pode considerar, enquanto for obcecada pelo exercício da suspeição entre o real e o construído, é esse caráter surpreendente da ação humana que desconhece limites na criação de novos vínculos de produção de significação, tornando o social sempre virtualmente possível de acolher novas experimentações.

No entanto, a contribuição da antropologia dos modernos é da mesma ordem que os seus desafios. Por um lado, uma etnografia das

ciências desencadeia novas possibilidades de compreensão do nosso mundo que, antes de revelar tendências “inconscientes” ou não-reflexivas do discurso, direciona seu olhar para o trabalho da prática. Não se busca, com isso, reeditar velhas dicotomias entre prática e discurso, mas simplesmente entender como se processam as mediações entre esses domínios, apontando as inflexões entre o que os modernos dizem sobre a sua prática e como eles a praticam. Por outro lado, os modernos só fazem o que fazem porque dizem (e pensam) coisas outras que não as que fazem. Sua ação é potencializada na medida em que pensam fazer diferente dos outros. Ainda que eles não sejam radicalmente diferentes dos outros, ainda assim eles não são iguais. Trata-se de uma visão de mundo que acaba por transformá-lo radicalmente a partir da mobilização acelerada de uma infinidade de atuantes, incluindo-se aí os coletivos não-modernos.

Para que possamos nos aventurar na investigação das práticas como um processo de criação de sentido, é necessário reconhecer as controvérsias acerca da proliferação dos híbridos (cuja ontologia não é reconhecida) e os processos de estabilização que os fazem “despontar” enquanto realidade (LATOURE, 2005). No caso mais específico da investigação dos processos de cura mobilizados nos contextos urbanos contemporâneos, as redes mobilizam diferentes modos de gerenciamento da ação, envolvendo uma enormidade de atuantes, reconhecidos em sua ontologia ou relegados ao território ilusório da crença. Nessas disputas, cientistas, médicos, terapeutas, curadores, religiosos, leigos e inúmeros não-humanos realizam mediações, intervenções, transformações, surpreendendo e sendo surpreendidos no curso da suas ações.

Assim, ao recuperar a dimensão da experiência envolvida nos processos de cuidado – na sua singularidade, contingencialidade e ação criadora de sentido –, não precisamos reeditar falsas dicotomias decorrentes da opção pelas teorias da ação em contraste às teorias da estrutura. Reconhecer que os contextos de ação não apenas atualizam, mas também transgridem os condicionamentos sociais, não implica a defesa da liberdade infinita de escolha do sujeito. Da mesma forma, investigar a natureza dos vínculos desencadeados no contexto da ação não implica o reconhecimento da proeminência dos constrangimentos estruturais ou mesmo a opção pela relação dialética

entre estruturas “estruturadas” e “estruturantes”, como parece sugerir o conceito bourdiano de *habitus*.

Ao perseguirmos a prática da atividade humana, não precisamos nos enredar na defesa de uma liberdade ilimitada supostamente implicada na teoria da ação, mas sim levar em conta a infinidade de conexões mobilizadas pelos atuantes, incluindo-se aí também os atuantes religiosos. A emergência de híbridos de humanos e não-humanos estão implicados nas habilidades desenvolvidas, tomadas enquanto capacidade de ação e percepção corpo-mente (INGOLD, 2000, p. 5) e nas mediações sucessivas entre o mundo e as representações que a técnica desencadeia, produzindo um circuito por onde a verdade é transportada (LATOURET, 2001, p. 86). Habilidade e técnica não são tomadas nas acepções do senso comum. A técnica não se restringe à dimensão legitimada da ação instrumental por oposição à simbólica: ela desencadeia a ação através de mediações, deslocamentos e transformações que propiciam a circulação da verdade. No que se refere ao cuidado desencadeado nos processos de cura, a técnica não se limita, portanto, aos híbridos mobilizados pela ciência – reivindicação antiga do saber médico – mas abrange toda uma rede ampliada de híbridos que se desenvolvem no âmbito das performances religiosas e/ou rituais.

Na investigação da prática do cuidado, é necessário perseguirmos a extensão das conexões que são desencadeadas por humanos e não-humanos, buscando compreender como se processam essas mobilizações. Nesse caminho, de nada adiantam as armadilhas decorrentes da utilização de conceitos nossos para reconhecer o problema dos outros, como sugere o conceito de crença (por oposição ao conceito de fato), por exemplo. É preciso estar atento à possibilidade de reconsiderar a qualquer momento os nossos limites conceituais, não apenas do que deve ser compreendido como “saúde e “doença”, mas também como “cura”, “técnica” (estendendo-se a todo e qualquer recurso mobilizado nos processos de mediação: “operação”, “passe”, “consulta”, “despacho”, “iniciação”, “palavra”, “corporificação da presença” etc.), “milagre”, “sofrimento”, “esperança”, dentre outras possibilidades conceituais de que se reveste o cuidado.

O espaço das práticas de cuidado

A idéia-chave deste texto é que o espaço em que se estabelecem os relacionamentos terapêuticos, ou do encontro entre os terapeutas

e os sujeitos que buscam o cuidado, é um espaço “entre”. O espaço entre dois discursos, entre duas percepções do corpo, no final das contas entre duas visões de mundo. Desde um ponto de vista analítico, podemos pensar esse espaço “entre” a partir de dois pontos de vista, os quais têm importantes conseqüências para os agentes nele envolvidos. Retomando a idéia de rituais de passagem, Crapanzano (2004) resgata não a passagem, como fizeram Turner (1969) ou Bourdieu (1991), mas o momento de insegurança, de perigo e de ansiedade que pressupõe a própria passagem, porque num determinado momento as antigas características se perderam, mas as novas ainda não foram assumidas. Para Crapanzano, embora a passagem, o liminar, seja o reino das possibilidades (como diz Turner), também tem relações (e restrições) com a estrutura do cotidiano, com a vida diária e se encoraja à criatividade, também afirma a tradição.

O segundo ponto de vista do “entre” podemos tomá-lo de Ceccim (2004). Em trabalho no qual reflete sobre equipe de saúde e integralidade, ele desenvolve a idéia da perspectiva “entre-disciplinar”. Ceccim propõe que, para que seja possível alcançar essa perspectiva “entre-disciplinar”, é necessário experimentar “a terceira margem ou lugar mestiço”. Essa terceira margem é a margem “da travessia, a da falta de identidade das margens” (CECCIM, 2004, p. 264), que permite a emergência do “entre-disciplinar” e produz a reinterpretação dos limites profissionais, e assim permite compor uma intervenção coletiva (CECCIM, 2004, p. 269). O “entre” manifesta-se no momento em que começamos a aceitar que as fronteiras passam a ser difusas, no momento em que começamos a aceitar a possibilidade *criativa* embutida na certeza da falta da segurança disciplinar. Neste texto tomaremos emprestada a idéia, mas para falar não em entre-disciplinas, mas em entre-saberes.

Esse espaço pode facilitar a criatividade porque é nele que as visões e percepções são postas em jogo. O espaço do encontro terapêutico é um espaço “entre”, porque tanto o terapeuta, seja médico ou não, quando o paciente, põem suas certezas em questão; é o espaço entre os discursos, entre os corpos, entre as representações e as vivências dos corpos e, ao menos potencialmente, é o espaço das possibilidades de negociações, da criatividade, da beleza da terceira margem. Mas para chegar a essa terceira margem temos que passar pela ansiedade, pelo perigo que o “entre” tem como condição de possibilidade.

Podemos claramente perceber que aquilo que chamamos “espaço entre”, que é o encontro terapêutico, vai adquirir diferentes características dependendo do contexto abrangente de cuidado de si no qual se desenvolve. Ou seja, se estamos num contexto biomédico institucionalizado ou se nos encontramos em contextos que definimos como não-institucionalizados, nos quais se desenvolvem práticas de cuidado de si difusas (no sentido dessa não-institucionalização) (BONET; TAVARES, 2006).

Igualmente, temos que lembrar que essa idéia do encontro terapêutico como um “espaço entre” deriva de uma perspectiva que previamente precisou de uma separação entre diferentes “entidades” ou setores da sociedade, que adiante se pensarão como independentes e como tendo cada uma delas características específicas. Esta separação será mais radical dependendo do contexto. Isto é, no caso da relação terapêutica no contexto biomédico, a partir do momento em que se constitui a perspectiva biomédica biologista e, em consequência, um corpo e um saber que o explica, nesse movimento se exclui outro saber sobre o corpo. O primeiro vai-se legitimar se associando ao conhecimento científico, e o outro saber vai ser excluído, justamente por estar fundado num conhecimento não-objetivo. Nesse movimento se cristaliza uma oposição que encontra diversas formas: objetivo x subjetivo; saber x sofrer; fato x crença.

Tensionando nossa idéia do encontro terapêutico como um “espaço entre”, poderíamos pensar se essa idéia do “entre” não é inerente à própria constituição do mundo. Isto é, nós vivemos num “entre”, nós somos um “entre”, que posteriormente devimos entidades. Como foi dito anteriormente, Latour (2005) propõe que no processo de constituição da modernidade teriam se cortado as redes que ligam os fenômenos, que ligam os humanos e os não-humanos. Ao constituir a ciência, os modernos teriam começado a olhar para as entidades perdendo as relações, as pautas que os conectam, como dizia Bateson. O argumento de Latour é justamente que essa constituição moderna, permanentemente, sem perceber, criou os híbridos que agora aparecem por todos lados.

Podemos trazer, a título de exemplo, a trajetória de uma mulher que mostra claramente essas mediações da prática implicadas no espaço “entre”, no qual se processam as redes de cuidado, que incluem tanto

modos institucionalizados e não-institucionalizados, e que misturam diferentes saberes e práticas na busca do cuidado. Clara é uma mulher de classe popular, de 61 anos, casada, dois filhos adultos, que começou a sentir os sintomas de artrite reumatóide aos 39 anos; já fez cirurgia nos joelhos e no momento da entrevista ela diz que o médico está querendo fazer cirurgia de reconstrução das mãos. Apesar de fazer o tratamento, o avanço da doença fez com que ela tenha as duas mãos entortadas.

Sua trajetória é interessante porque mostra como sua busca a levou não só a diferentes médicos, mas através de diferentes religiões que têm uma proposta terapêutica, e à construção de um discurso no qual encontramos esses distintos saberes misturados. O relato da sua história começa quando se manifestam a dor e o inchaço numa das mãos; vai consultar com um médico, que lhe receita um medicamento e com isso melhora. Mas, segundo ela, não acusava doença; só sentia muita dor: “um dia era numa mão, outro dia era a outra [...] num dia não consegui me levantar da cama. Me doía o corpo inteiro [...] até para comer pão tinha que desmanchar, não podia segurar o garfo [...] aí comecei entortar os dedos, meus pés começaram ficar tortos”.

Foi consultar com um médico num hospital do SUS, fizeram raios-X e não deu nada. “Sai com muita raiva...”. O sentimento que se expressa através da metáfora da raiva mostra claramente esse espaço “entre” de que estamos falando. Ela sentia no corpo e, segundo ela, o médico via o inchaço “nas juntas” e o “rosto de dor”, mas isso não era “mostrado” nos aparelhos construídos para tal fim. Isto é, o espaço e a significação da doença naquele momento ainda eram um espaço “entre”; anos depois, quando se submeteu a um exame radiológico, ela conta aliviada que a doença foi em fim “acusada”. O alívio tinha a ver com a certeza da existência da doença, que ela sempre soube que tinha, mas que ainda não tinha sido ontologizada pelo conhecimento biomédico.

Antes dessa ontologização, começou a tomar remédios caseiros, banhos de hortelã; começou a lidar devagarzinho com a doença e, então, fica grávida. Na sua vida ficou grávida três vezes e durante as gravidezes não sente nada, mas entre uma gravidez e outra voltam as dores, que a deixam de cama.

Quando o filho estava com três anos e seis meses, morre de pneumonia. Aquilo ataca os seus nervos e nesse momento começa o peregrinar pelas diferentes religiões. A morte do seu filho faz com que ela comece a sentir dor novamente. Ela diz:

Me informaram que cada religião é uma religião, que o Deus nosso é um só, né [...] depende da fé que a gente tem nele. Aí me informaram para ir à casa da Bênção, que eles estavam curando. Tinha gente que chegava cego e saía enxergando. Chegava aleijado e saía andando. E como eu estava andando com muito sacrifício mesmo...

Chegando à Casa da Bênção, ficou num canto, mas pedem que ela dê dinheiro. Só tinha para voltar de ônibus e não dá. Não volta mais e procura um médico. Com esse médico já obtém um diagnóstico de reumatismo.

Quando perguntamos se foi em algum outro centro procurando cuidado, ela diz que foi em outro centro perto da sua casa, mas que não deu certo; tivemos que perguntar três vezes até dizer que era um centro de umbanda. Ela ia para “ficar curada”, mas depois que o grupo começa a mudar (tanto de lugar como de “estilo”), ela deixa de ir. Após essa experiência, vai para a Casa do Caminho, que é um centro espírita onde fazem palestras e oração. Embora não tenha participado do passe, ela nos diz que se sentiu muito bem lá. No tempo da entrevista, estava participando de um culto carismático.

No seu discurso e na organização da sua trajetória podemos perceber como esse espaço “entre” permite que discursos se misturem. Em princípio é fácil perceber que ela não desiste das práticas da biomedicina, mas está presente uma esperança de revelação que provém do discurso carismático; na entrevista comenta a história do filho do seu primo que desmaiava e ficava “como morto”. Seu primo o levou para o culto carismático e o revelaram. Segundo suas palavras:

esse rapaz caiu, rezaram para ele e nunca mais deu. Já deve ter uns dois anos [...]. Eu fico em pensamento: “Revela eu”. Mas ainda não revelou, não. É igual com o padre Marcelo [...] eu fico assim, “me revela hoje”, mas ainda não revelou. Eu gosto de ver as coisas, sabe, de ter certeza.

No final da entrevista, após essa mistura de crenças na biomedicina, nas diferentes terapias religiosas que ela percorre na sua busca por cuidado, introduz outro saber sobre o corpo, o da genética (variante atual do biogicismo biomédico):

Eu não conheci, mas a mãe do meu pai morreu entrevada com reumatismo. Ela não ficava em pé, meu avô punha na charrete e passeava com ela [...]. Antigamente, eu acho, a pessoa ia sentindo dor, endurecendo os ossos. Eu não entendo, não, minhas irmãs não têm problema. Minhas primas não têm problemas. Devo ter sido só eu que puxei minha avó.

Nesse discurso está misturada a busca de um saber sobre o adoecimento e suas conseqüências no corpo, que no caso da Clara são visíveis, mas o porquê desse adoecimento não tem resposta. Isso se manifesta como uma tensão entre a busca do porquê, que não tem resposta, e o percurso entre as instituições biomédicas, que mesmo acreditando que a única possibilidade é a cirurgia, inclui Deus no processo. Frente à pergunta de se ela acredita que algum desses lugares vai ajudá-la, ela diz:

Vou ser franca. Eu não tenho esperança, porque isso aqui não volta mais [as suas mãos], entortou muito. Só cirurgia. Isso aqui é só milagre de Deus e Deus usando as mãos dos médicos [...] os médicos estão usando as mãos deles, mas ali tem uma mão superior para poder ajudar. A medicina está muito avançada [...] mas também tem providência divina.

O discurso do “entre”, híbrido, permite explicar o sucesso do seu tratamento, mas depois, ao final da entrevista, ela diz que o que cura são os remédios mesmo; e perguntada se ter ido à Casa da Benção, à Casa do Caminho ou nos cultos carismáticos não ajudava, ela diz:

“que Deus me perdoe se eu tiver pensando bobeira, mas a pessoa está doente, pode ir a qualquer lugar, mas se não procurar o médico, se não tomar remédio, ai já era. A religião sem o remédio não cura não”.

Na entrevista, todo seu itinerário terapêutico é pontuado por uma aparente passividade, na medida em que sempre são os outros que apontam os argumentos para que ela construa sua trajetória. Esta não se processa através de uma convicção acerca das suas escolhas, e numa primeira leitura pode-se até inferir um certo pragmatismo, mas essa ausência de certeza pode ser compreendida nos termos desse espaço “entre”. Ou seja, marcada pela presença de múltiplas opções que não implicam nem convencimentos, nem certezas, mas escolhas práticas que manifestam possibilidades em aberto.

O espaço “entre” e a construção de metáforas

Se o espaço da prática, como apontado acima, é o espaço da criação de sentido, na medida em que ele produz mediações, pode-se pensar, seguindo a sugestão de Wagner (1972, 2001) que essa capacidade de criação é mobilizada através das *metáforas*. Para Wagner, toda construção de significado é fruto de uma extensão de sentido derivada do estabelecimento de uma relação entre dois contextos. Símbolos ancorados num contexto ganham sempre novas significações, à medida que se produzem similitudes e contrastes na sua extensão para novos contextos. Wagner, então, aponta que a característica fundamental de todo processo criativo, implicado em qualquer cultura, é sua dimensão relacional. Isto é, metafórica. Essa idéia da metáfora, que constitui a expressão dinâmica da cultura, remete sempre a uma via de mão dupla, a uma relação intrinsecamente dialética.

Nas práticas cotidianas realizadas pelos sujeitos, opera-se uma mediação criativa de produção de metáforas, que tanto pode seguir o caminho da simbolização convencional, isto é coletiva, quanto da não-convencional, individualizada. Assim, a invenção e a convenção se transformam em duas dimensões essenciais da produção de sentido.

O *cuidado* como metáfora também percorre esses caminhos. Quando um sujeito, seja usuário ou profissional de cuidado, está usando o tropo “cuidado”, necessariamente metaforiza seu sentido. Desta forma, o “inventa” ou expande o espaço de sua significação. A idéia de cuidado na sua metaforização da terapêutica abrange atualmente um campo bastaste polissêmico. Na sua percepção mais convencional, ou coletiva, generalizada, a idéia de cuidado pode entrar numa certa tensão com a terapêutica biomédica, na medida em que percepções contrastivas de cuidado emergem na relação entre usuário e profissionais médicos. Assim, sabemos que quando um médico fala para o seu paciente “vou cuidar de você” e quando uma mãe, cujo filho depende dos “cuidados médicos”, também “cuida do seu filho”, eles sabem que estão falando de coisas diferentes. O cuidado de um complementa e contrasta o cuidado do outro, só podendo ser compreendidos em relação aos contextos diferenciais nos quais se criam essas significações.

Se aceitarmos, seguindo Wagner, que a invenção é uma dimensão essencial para entender a dinâmica da cultura, no sentido de que os

significados dos conceitos estão num permanente processo de extensão dos seus significados, podemos compreender o que se passa atualmente com a metáfora do cuidado. Como exemplo, podemos lançar mão das novas percepções do cuidado que vêm sendo mobilizadas no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Considerando que o objetivo da estratégia é redefinir a percepção de saúde através de uma ampliação do contexto de cuidado, ou seja, incorporando o indivíduo situado (imerso nas redes de significação), é de se esperar novas significações da metáfora, tanto entre os profissionais e usuários.

No momento em que o usuário do ESF fala em “cuidado”, está se remetendo a uma percepção mais ampla daquela apontada acima que implica um cuidado delimitado tecnicamente. Uma afirmação como a que foi feita por Clara, que é usuária do ESF, “a Dra Ana nem parece médica não, ela é mais uma amiga da gente, sabe? Mas ela bate papo com a gente, ela ri, sabe?”, está operando um trabalho de extensão do significado do tropo cuidado para além da sua eficácia técnica, porque o relaciona a contextos tais como relações interpessoais de confiança, vizinhança e amizade.

Mas essa extensão da significação não é propiciada apenas pelo deslocamento do contexto no qual se processa o cuidado, como uma primeira interpretação poderia sugerir: afinal, é razoável supor que uma consulta médica realizada no ambiente familiar do usuário, prática frequente no âmbito do ESF, viabilize a metaforização do cuidado. Mas mesmo no espaço do consultório podemos verificar essa ampliação da significação convencional do “cuidado” – ampliação nem sempre bem recebida pelo médico. O consultório passa a ser um lugar onde a dramatização da vida comparece e muitas vezes ela acaba constituindo a dimensão central da consulta, dificultando, na visão do médico, a atuação do cuidado no sentido convencional já mencionado. Frequentemente os médicos se perguntam se estão mesmo fazendo medicina, o que se manifesta numa queixa: “nem parecemos médicos”, e numa dúvida a respeito da sua identidade profissional.

A extensão da idéia de cuidado se dirige não somente à relação médico-paciente, mas mobiliza uma gama de não-humanos (no sentido de Latour) implicada nas mediações do cuidado: aparelhos de aferição da doença e de realização de exames, dispositivos para o trabalho de educação em saúde, fichas de controle, veículos de transporte, vacinas,

remédios, entre outros. No que diz respeito ao medicamento, essa incorporação compreende não somente uma resignificação das suas propriedades intrínsecas (Clara qualifica da seguinte forma a sua eficácia: o remédio disponibilizado atualmente “faz efeito”; antigamente ele era apenas paliativo), bem como toda uma percepção da sua rede de distribuição. Pode-se argumentar que esses mediadores não são novos; de fato, são híbridos que há tempos já se encontram incorporados ao cuidado médico. A novidade é que a experiência da sua acessibilidade cotidiana no contexto do cuidado de segmentos desprovidos da população permite sua incorporação na extensão da significação do cuidado.

Os profissionais da equipe também vêm produzindo novas metáforizações do cuidado. Agentes de saúde, médicos, enfermeiros, assistentes sociais por vezes compartilham algumas novas significações; mas também podem contrastá-las. Assim, percebe-se que a extensão da significação convencional do cuidado, embora seja assumidamente desejada por todos (à medida que se constitui num objetivo explícito da ESF), costuma ser vivenciada diferentemente pelos segmentos profissionais. Agentes de saúde costumam coletivizar uma significação do cuidado mais alinhada à sua percepção convencional, de cuidado leigo. Considerando que seu espaço de atuação no sentido do “cuidado médico” é bastante restrita (o que para alguns agentes é visto como uma limitação, já que eles poderiam, por exemplo, realizar o trabalho de aferição da pressão nas suas visitas domiciliares), o cuidado se estende ao trabalho de ajuda (atenção personalizada e disponibilidade operacional), educação (pedagogia da prevenção) e controle (avaliação moral) das práticas de saúde. Já entre os médicos, o alargamento da significação do cuidado costuma ser vivenciado de forma às vezes contraditória. Não obstante a percepção da sua positividade, essas novas metáforizações acabam desencadeando, ora um sentimento de impotência frente às dificuldades da sua implementação, ora uma angústia identitária decorrente da perda da centralidade da significação convencional do “cuidado médico”.

Metáforização do cuidado no corpo

Esses diferentes processos de metáforização podem ser possíveis porque os agentes que os produzem, seguindo diferentes motivações, vivem nesse espaço “entre”, de modo que os símbolos

metaforizados podem sofrer os deslocamentos contextuais. Se aceitarmos, como já expressamos, que nós mesmos, na nossa constituição, somos “entre”, fica claro que uma dimensão essencial desse mundo “entre” se manifesta no nosso corpo. Que é veículo através do qual “estamos” no mundo.

Assim, se nesse espaço “entre” que representa os encontros terapêuticos o corpo se apresenta como um mediador interessante para ser metaforizado, que pode também gerar conflitos mais ou menos explícitos, é pela sua característica de ser evasivo. Como assinala Radley (1995), isso não quer dizer que é evasivo ao poder biopolítico que quer instaurar uma disciplina nos corpos, mas é evasivo porque configura os rumos da experiência em significados que o discurso não abraça adequadamente (daí a dificuldade para “mostrar”, para delimitar uma dor; para representar uma emoção). Segundo Radley, nosso corpo existe potencialmente em dois mundos: um mundano e outro imaginário. Em razão disso, permitiria que se estabelecesse a passagem de um para outro. Assim, quando se fala a respeito do corpo o significado do tropo se estende a esses dois mundos, entendidos como contextos de significação. É o que vemos na trajetória da Clara; mas o interessante da argumentação de Radley, que se manifesta na trajetória que relatamos, é que não podemos pensar esses dois mundos como separados; os nossos agentes misturam ambos os mundos, ao mesmo tempo em que se espera a revelação, se espera a cirurgia.

Nesta argumentação o corpo deixa de ser um corpo-objeto e passa a ser um corpo-sujeito. Nesse sentido, nós não experimentamos nosso corpo como um objeto externo, mas nossa experiência pessoal é vivida “em” e “como” corpos. Como diz Csordas (1994), nós não *temos* um corpo, *somos* um corpo. Isso quer dizer que nosso corpo se confunde com nossa pessoa. Ele se converte na nossa forma de estar no mundo.

Ingold (2000) e Latour (2004) radicalizam esta posição. Para Ingold, nosso corpo emerge da atividade do viver; assim, o viver afeta como é que o corpo se constitui. Só que como o nosso *self* e os outros (o entorno) se constituem conjuntamente não podemos dizer quando termina um e começa o outro. Radicalizando essa posição, Latour (2004) nos fala de um corpo que não se refere às qualidades primá-

rias, constitutivas, mas como corpos articulados com o mundo, de corpos que aprendem a ser afetados pelo mundo; gerando habilidades diferentes. O que Latour chama de articulações, aquilo que o agente aprende e que passa a ser parte do seu corpo, é o que Ingold chamou de habilidade. As habilidades são capacidades que levamos em nossos corpos e que são refratárias à formulação em termos de qualquer sistema de regras mentais e representações. As pessoas respondem de diferentes formas porque previamente foram “treinadas” para isso. Em termos de Latour (2004), “seus sentidos estão diferentemente em sintonia com o meio ambiente”.

Esta posição nos levaria a aceitar um corpo em movimento, que leva implícito o princípio de subjetivação e uma reconstrução historizada. Nessa posição o corpo é um corpo que nos agencia, através do qual estabelecemos conexões com o mundo. Ou, em outras palavras, esse corpo-sujeito, esse corpo agência é um corpo que é permanentemente metaforizado ao ser inserido em diferentes contextos de significação. Nesse processo seu sentido é constantemente expandido e, assim, novas articulações, novos sentidos são inventados. No final das contas, o corpo é permanentemente “inventado”.

Com essas idéias podemos entender o discurso híbrido da Clara em relação à vivência de seu processo de saúde-doença. Aquelas dimensões que a modernidade separou não fazem sentido, porque este sentido se constrói no ato de habitar o mundo, se constrói na busca pelo sentido e essa busca se processa num espaço do mundo que tem as características dos híbridos, no qual os símbolos são metaforizados. Por essa razão, freqüentar somente as terapias religiosas não basta, é necessário o remédio (uma concessão ao biologicismo biomédico), mas ao mesmo tempo é o Deus que move as mãos dos médicos nas cirurgias, e se espera a revelação trazida pelos terapeutas carismáticos, porque tem dimensões do corpo que não são alcançadas por nenhuma cirurgia.

Referências

BONET, O.; TAVARES, F. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes. práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 385- 399.

- BOURDIEU, P. *El Sentido práctico*. Madrid: Taurus, 1991.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.
- CRAPANZANO, V. *Imaginative horizons*. An essay in literary-philosophical anthropology. Chicago: The University of Chicago Press, 2004.
- CSORDAS, T. Introduction: the body as representation and being-in-the-world. In: CSORDAS, T. (Ed.). *Embodiment and experience*. The existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- INGOLD, T. *The perception of the environment*. London: Routledge, 2000.
- LATOUR, B. *A esperança de Pandora*: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.
- _____. How to talk about the body? The normative dimension of science studies. *Body and Society*, v. 10, n. 2-3, p. 205-229, 2004.
- _____. *Jamais fomos modernos*. São Paulo: Ed 34, 2005.
- RADLEY, A. The elusory body and social constructionist theory. *Body and Society*, v. 1, n. 3, p. 3-33, 1995.
- TURNER, V. *O processo ritual*. Petrópolis: Vozes, 1969.
- VIVEIROS-DE-CASTRO, E. O nativo relativo. *Mana*, v. 8, n. 1, p.113-148, 2002.
- WAGNER, R. *Habu*. The innovation of meaning in Daribi religion. Chicago: The University of Chicago Press, 1973.
- _____. *The invention of culture*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.



Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor

TATIANA ENGEL GERHARDT

Introdução

Pensar as relações entre a prática da integralidade e do cuidado como valor implica levar em conta um leque amplo de dimensões que as envolvem. Nesse sentido, este texto se propõe a trazer alguns dos elementos julgados importantes para a compreensão do cuidado em saúde como uma relação entre discursos e ações de vários atores, o que exige reconhecer as diferenças culturais de quem é cuidado e de quem cuida.

As reflexões¹ aqui empreendidas tomam algumas dimensões existentes nos itinerários terapêuticos como ponto de partida para a revalorização do diálogo entre diversidade e pluralidade. Isso implica reconhecer que existem dimensões sociais e individuais, materiais e imateriais que constituem o cuidado e a necessidade de compreender os aspectos inerentes ao cotidiano dos indivíduos, conhecendo e contextualizando suas experiências. Nesse sentido, entende-se que essas experiências são construídas nas diversas vivências, relações e interações sociais (familiares, de vizinhança, na escola, amicais, entre outras) mediadas pela situação social em que estão inseridos, pelas condições de vida existentes e pelas situações de vida. Ao longo do processo de busca por cuidado, torna-se im-

¹ Apresentadas na mesa-redonda “Cuidado como redes sociais: democracia, solidariedade e inclusão são possíveis?”, no VII Seminário do Projeto Integralidade, realizado no Rio de Janeiro em novembro de 2007.

portante pensar os indivíduos como protagonistas de situações que funcionam não só como fomentadoras de vulnerabilidades, mas também como formas possíveis de proteção.

Os diferentes estudos e abordagens de itinerários terapêuticos parecem demonstrar a existência de um consenso sobre a diversidade e multiplicidade de fatores e dimensões em jogo na busca de cuidado, e que adotar um só modelo explicativo não dá conta da complexidade dos elementos envolvidos na prática da integralidade. As necessidades em saúde expressas ao longo dos itinerários terapêuticos revelam que as escolhas realizadas pelos indivíduos são amplamente apoiadas nas redes sociais das quais fazem parte. Pensar no cuidado em suas múltiplas dimensões implica levar em conta que ele se apóia em grande medida nas situações de vida de cada sujeito. Portanto, o apoio social torna-se aspecto importante a ser pensado nesse processo. A ênfase nos sujeitos e na sua situação de vida “amplia a compreensão social da demanda e possibilita ofertar práticas de integralidade em saúde mais adequadas às demandas e necessidades” (LACERDA; VALLA, 2005, p. 280).

A definição de apoio social trazida por Minkler e apresentada por Valla (2000) aponta

como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras.

Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o *empowerment*² e reforçar a ação comunitária ou a prática de integralidade

² A noção de *empowerment* vista aqui como um processo pelo qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos e para quem a vida tem sentido (MINKLER, 1985). Segundo Andrade e Vaitsman (2002) o *empowerment*, como processo e resultado, é visto como emergindo num processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas para ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida.

na atenção e no cuidado, ou como evidenciam Lacerda e Valla (2005, p. 280), o apoio social constitui uma prática em saúde, referindo-se

às diversas atividades práticas presentes na nossa sociedade, tais como as práticas de rede de apoio social, os grupos de apoio mútuo, os grupos religiosos, as atividades educativas, algumas práticas populares, entre outras, que propiciam o enfrentamento dos problemas de saúde-doença e das adversidades do cotidiano, por meio de relações de solidariedade e cooperação. Essas práticas de saúde muitas vezes expressam os caminhos que as classes populares encontram na busca de obter recursos diante das limitações do serviço público em atender as suas demandas e necessidades.

Desta forma, pensar a proposta de apoio social como prática de saúde ao longo dos itinerários terapêuticos busca tornar possível a inclusão, a solidariedade e a democracia. Ao mesmo tempo, refletir sobre a prática da integralidade e do cuidado como valor parece ter sentido se os itinerários terapêuticos forem pensados nas suas múltiplas dimensões a partir da perspectiva dos usuários, ou seja, do outro. Frente ao movimento da promoção da saúde e do entendimento ampliado do conceito de saúde, fala-se de integralidade na assistência à saúde, onde se tem como princípio o exercício de um olhar atento, que seja capaz de compreender as necessidades de ações de saúde diante do contexto de cada encontro (MATTOS, 2004). Nessa perspectiva,

o sujeito não se reduz somente à doença que lhe está provocando sofrimento, pois ao invés da intersubjetividade, devem-se considerar, além dos conhecimentos biológicos, os conhecimentos sobre os modos de “andar a vida” de cada um que acessa os serviços de saúde. Sendo assim, os projetos terapêuticos devem ser construídos a partir do diálogo com o outro, levando-se em conta a necessidade de ações voltadas para a prevenção em saúde (MATTOS, 2004).

Segundo Mattos (2004), os projetos terapêuticos não devem ser entendidos como produto de uma simples aplicação de conhecimentos sobre a patologia, mas devem surgir a partir do diálogo entre profissionais e os usuários dos serviços de saúde, podendo assim estar incluídos nesses projetos tanto os conhecimentos do profissional de saúde, quanto os trazidos pelo usuário frente aos seus sofrimentos, expectativas, temores, desejos e percepções.

A importância da defesa da integralidade na saúde está, em grande parte, na conseqüente defesa de práticas em saúde intersubjetivas. Nelas os profissionais de saúde se relacionam com sujeitos e não com objetos, numa dimensão dialógica, e a oferta de ações de saúde encontra-se sintonizada com o contexto específico de cada encontro e de cada sujeito (MATTOS, 2004).

Nesse sentido, a prática da integralidade demanda a compreensão dos itinerários terapêuticos a partir das múltiplas dimensões que o compõem e que implicam levar em conta o cuidado como valor, onde as necessidades em saúde e as demandas dos usuários são compreendidas de forma ampliada a partir dos contextos onde elas tomam forma e sentido, ou seja, de suas situações de vida.

Uma proposta para pensar as múltiplas dimensões dos itinerários terapêuticos

A partir de algumas reflexões sobre os itinerários terapêuticos, oriundas de diferentes estudos sobre o tema, observa-se um quadro de significativa diversidade de situações ilustrativas de variadas dinâmicas, dependendo do contexto social onde se manifestam. Essa diversidade de situações se deve à complexidade de elementos e à combinação de uma série de fatores. Assim se propõe discutir alguns dos elementos implicados nessa diversidade, definidos enquanto interações para a apreensão da multidimensionalidade do processo de busca de cuidados em saúde. As interfaces (interações) se dão, nesse caso específico, nas relações acima citadas entre o “materia” e o “imaterial”, o “individual” e o “coletivo”, as “condições” e as “situações”.

A abordagem dos itinerários terapêuticos implica uma complexidade de elementos a serem levados em conta para se compreender a complexa relação entre as práticas, estratégias, escolhas efetuadas na procura de cuidados em saúde, pois demandam uma compreensão das práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o indivíduo se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis (MASSÉ, 1995). Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de

serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde para as populações de baixa renda.

Para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença, torna-se necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos), a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias, suas redes de solidariedade, seus problemas cotidianos. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço (GERHARDT, 2000).

Assim :

é preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que ela se diferencia de um indivíduo a outro, que ela pode variar num mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a seqüência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, valores e ideologias quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (MASSE, 1995).

Desta forma,

o desafio lançado pela multiplicidade de escolhas, de condutas, de tratamentos adotados simultaneamente, ou em série, por um mesmo indivíduo, não pode ser apreendido por uma abordagem centrada no sujeito, estritamente individual, interacionista e que retém somente a estratégia de escolha a fim de chegar à sua lógica. Isso conduziria a uma interpretação cognitiva que negligencia a incorporação de cuidados no social. Pois o pluralismo terapêutico é amplamente o resultado de relações sociais que transcendem as condutas individuais. Elas exercem pressão sobre as escolhas; elas orientam, favorecem ou penalizam as decisões (BENOIST, 1996).

Fassin (1987 e 1992) demonstrou, a partir de estudos na África, sobre diversos itinerários terapêuticos, que

os caminhos percorridos pelo doente à procura de diagnóstico e tratamento surgem como resultado de múltiplas lógicas, de causas estruturais (sistemas de representações da doença, posição do indivíduo na sociedade) e de causas conjunturais (modificação da situação financeira, conselho de um vizinho) que torna em vão toda tentativa de estrita formalização. [...] Portanto, da necessidade de ressituar a seqüência de eventos contextuais da procura de cuidados em relação à complexidade dos fatores sociais que ela implica.

No Brasil, Alves e Souza (1999) desenvolveram importante revisão da literatura socioantropológica sobre o processo de escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde, enfocando as diferentes abordagens e interpretações e o próprio conceito de itinerário terapêutico. Segundo os autores, é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam “descer” ao nível dos procedimentos usados pelos autores na interpretação de suas experiências e delimitamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos socioculturais.

Os autores propõem que não existe um padrão único e predefinido no processo de busca terapêutica e que o itinerário é um processo complexo, não podendo ser reduzido

a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados (RABELO, 1993).

Nos estudos sobre itinerários terapêuticos é importante, portanto, que não se desconheça essa realidade, tal como o fizeram as teorias de caráter nomológico-dedutivo que procuraram explicar as ações individuais baseadas em argumentos previamente estabelecidos.

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica, é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de

uma trajetória biográfica singular. Porém, reconhecer a existência de estruturas sociais não significa dizer que elas sejam determinantes das ações humanas. Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação no seio dele (ALVES; SOUZA, 1999).

Em estudo anterior, Alves (1993) já evidenciava o complexo processo de busca terapêutica a partir da experiência da enfermidade dos indivíduos como sendo um conjunto singular e que as expressões dessa busca fazem parte também de um processo subjetivo.

Tais considerações teóricas são fundamentais para o estudo do itinerário terapêutico, permitindo-nos pôr em relevância dois aspectos essenciais e interligados: as definições de situação e a natureza das relações intersubjetivas no processo de tomada de decisão. Daí a necessidade de reformular não só o próprio conceito de itinerário terapêutico como a forma de abordar o tema, atendendo ao desafio, tanto para a Antropologia como para a Saúde Coletiva, de conciliar o “material” e o “imaterial”, o “individual” e o “coletivo” e as “condições” e “situações”.

Interfaces e elementos teóricos para a abordagem dos itinerários terapêuticos: “material” e “imaterial”, “individual” e “coletivo”, “condições” e “situações”

A procura de cuidados em saúde se dá em função de uma demanda de cuidados e de uma oferta de cuidados. A demanda, na maioria dos estudos, é compreendida por parte dos profissionais e gestores de serviços de saúde como sendo aquela que se dirige ao sistema de saúde, tendendo a achar que o sistema médico é o único existente e válido para as questões de saúde, organizando e planejando suas ações desta forma. Quando focamos a demanda no “doente”, esta normalmente é classificada em três tipos de estruturas diferentes (HELMAN, 2003): estrutura médica (hospitais, médicos, exames complementares, diagnósticos, medicamentos, cirurgia, psicoterapia, etc.); estrutura “alternativa” (religiões, rituais, cerimônias, ervas e plantas medicinais, biomedicina, etc.); estrutura “popular” (família, amigos, vizinhos, experiência individual, automedicação – farmácia, chás, etc.). Nesse sentido, as necessida-

des de saúde são compreendidas somente do ponto de vista biológico e dependentes das estruturas existentes.

Por outro lado, ao pensarmos a demanda de cuidados em saúde do ponto de vista dos sujeitos, observamos que os indivíduos percorrem diferentes sistemas de cuidados, de acordo com os diferentes tipos de explicação dados a seus problemas e de acordo com a adaptação da oferta a seus desejos e condições de vida. Desta forma, os sujeitos utilizam tudo o que lhes é oferecido na sua procura por uma melhoria, solução, resolutividade do problema sem exclusividade. Nesse sentido, as necessidades em saúde são compreendidas como oriundas do ponto de vista biológico, mas também social, cultural e político. Os itinerários que daí decorrem são múltiplos, diversificados e complexos tanto na sua organização quanto na sua cronologia.

O pluralismo terapêutico se manifesta nos itinerários através de inúmeras variáveis em jogo: características dos sujeito/indivíduo – fatores de predisposição: idade, sexo, categoria social, educação, profissão, nível de vida, família, interações sociais, etnia/raça/cor, etc.; características do problema de saúde e de sua percepção – fatores de predisposição: crônico, agudo, grave, benigno, modelos explicativos da doença, etc.; características do sistema de saúde – fatores que contribuem: acesso, aceitabilidade, vínculo, qualidade, comunicação, etc.

Essas características influenciam o processo de escolha dos cuidados em saúde que podem resultar na procura por: curandeiro, benzedeiro, diversas religiões, profissionais de saúde, farmacêuticos, automedicação, alternativa informal ou nenhum tratamento. Compreender como esses elementos influenciam o processo de escolha de cuidados e a tomada de decisão, nos leva a considerar várias dimensões presentes nos itinerários terapêuticos, apresentadas abaixo.

“Material” x “imaterial”

O campo da Materialidade compreende as relações físicas e biológicas que se dão no âmbito da atmosfera, pedosfera, hidrosfera e goesfera e inclui o ser humano e suas ações. O campo da Imaterialidade compreende as relações não-materiais que se dão no âmbito das representações mentais e das relações sociais, e tem uma autonomia relativa em relação ao campo da Materialidade (RAYNAUT, 2006).

Para a compreensão de um sistema social, temos elementos que influenciam sua gênese, sua estruturação e o seu funcionamento. Assim, por um lado, existem fatores que procedem das dimensões materiais do real (ex.: problemas de saúde e recursos médicos, alternativos, populares, etc.); por outro lado, a capacidade específica do ser humano em produzir símbolos, imagens, conhecimentos e sentido (ex.: percepção e explicações do problema de saúde, etc.). Entretanto, segundo Raynaut (2006), com a mudança de paradigma epistemológico, o olhar científico não privilegia mais a oposição entre dois termos irreduzíveis (materialidade e imaterialidade), mas centra-se na relação dialética entre duas facetas de uma mesma realidade. Tal relação não é linear sendo circular: as sociedades, para se reproduzirem socialmente, portanto em nível imaterial, devem garantir sua permanência material e manter a compatibilidade entre sua forma de se organizarem e se representarem o mundo e os requisitos que lhes impõe a base física e biológica de sua existência. A imaterialidade é modelada pela materialidade; a base material encontra-se transformada, modelada, ou simplesmente valorizada, pelo próprio processo de seleção e do uso pelos homens, resultado de práticas inspiradas por objetivos, valores, aspirações, representações mentais, saberes e “*savoir faire*”, cuja essência é imaterial. A materialidade é modelada pela imaterialidade.

Relacionando essas noções com a saúde, o corpo representa a interface mais íntima, mais profunda entre o natural e o social. Ele constitui a “face interna” da natureza, a parte não-social do social, da qual nenhuma sociedade pode se liberar, pois sem esta face, a sociedade não existiria mais. Pensando o corpo de seus membros é, mais amplamente, a relação à sua própria materialidade que toda sociedade pensa. Neste próprio processo ela define o que a constitui como humana. O modo de lidarmos com o corpo, com as doenças, com as terapias, com a dor, é amplamente determinado pelas representações mentais que nossa cultura tem de nosso corpo e de suas relações com nossa mente e nossas emoções (RAYNAUT, 2006).

Em segundo lugar, a problemática das relações entre o material e o imaterial é pertinente quando aplicada pela Antropologia ao questionar o papel dos fatos culturais na gênese da relação entre os fatores ambientais e os equilíbrios corporais. Quando um enfoque simplificador pretende estabelecer uma relação direta, mecânica, en-

tre meio ambiente e doença, a Antropologia introduz a mediação do social. Ela mostra como, pelo fato de se organizar em sociedade, de ter a capacidade em pensar seu ambiente e agir sobre ele, o ser humano pode modificar o impacto das condições materiais de vida sobre seu corpo. Fatos imateriais (representações, valores, relações sociais) podem revelar-se fatores determinantes para a saúde.

No campo da saúde, quando pensamos os itinerários terapêuticos de indivíduos na busca por cuidado, isso significa que nós vivemos o social e o cultural como sendo natural: parece natural ao ocidental consultar um médico; parece normal, natural, na Sibéria consultar um *xamã*: o exótico para cada um de nós será sempre o outro. Esta é uma das armadilhas do social, na qual não pensamos. Então, muito “naturalmente” os cuidados mais valorizados são aqueles do meio de origem, e os indivíduos são direcionados a eles. Esse social não se impõe a ninguém, mas é o contexto a partir do qual o indivíduo pensa e age, sem que tenha consciência.

Como, então, perceber o modelamento do social: este estará presente, por exemplo, nas reações coletivas, comuns à doença: mesma interpretação de sintomas; mesmos limites entre saúde e doença. Se admitirmos que atrás das condutas existe uma ordem, uma coerência que vem da sociedade, na qual nos inserimos por extensão, naquilo que nos parece incoerente, porque não está em conformidade com o que fazemos em nossa sociedade, existe também uma ordem e nenhuma irracionalidade. Portanto, uma sociedade é construída em torno de normas e regras (elementos imateriais) e materiais (instituições), que formam uma estrutura que vai guiar a ação, que vai enquadrar o possível para cada um de nós.³

“Individual” x “coletivo”

As relações entre o “individual” e o “coletivo” nos conduzem a refletir sobre a necessidade de se pensar o papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais. Existem vários níveis onde se expressam as relações entre o indivíduo e o coletivo: na equipe de saúde, no serviço de saúde, na comunidade, no sistema referência e contra-referência, na rede de saúde, na construção da demanda pelo usuário e pelo serviço de saúde. A expressão dessas relações no sistema de saúde pode ser ilustrada, no caso específico da demanda, pelo poliqueixoso:

o usuário assume um discurso sobre seu corpo adoecido visando a traduzi-lo e ao mesmo tempo traduzir-se, através de uma infinidade de sintomas resultantes de sua falência orgânica, de sua descrença no presente e igualmente no futuro, da sua condição de expropriação e da conseqüente marginalidade. Aliado à sua hipocondria individual soma-se, então, uma hipocondria institucional que bem caracteriza o sistema de saúde, o qual, não alcançando soluções ou medidas eficazes para o sucesso da saúde do sujeito adoecido, vai-lhe condicionando cada vez mais às regras e rotinas do próprio sistema, favorecendo seu processo de metamorfose de um simples usuário dos serviços públicos de saúde, à condição de poliqueixoso (CHAMMÉ, 2002).

Em relação aos itinerários terapêuticos as dimensões do individual e do coletivo se manifestam nas escolhas por cuidados em saúde que podem resultar em itinerários múltiplos, diversificados e complexos tanto na sua organização quanto na sua cronologia, ou até resultar no não-cuidado.

Nesse processo, controlado, marcado, protegido, o corpo humano é profundamente socializado. Mas, ao mesmo tempo, ele propicia a experiência mais íntima da individualidade. Cada um dentre nós é submetido, sem nenhuma mediação, às exigências e solicitações de seu próprio

³ Raynaut (2006) nos lembra que a articulação entre *Ideal* e *Material* (GODELIER, 1984) está presente já há algum tempo na Antropologia pela abordagem holística da realidade – particularmente evidenciada por Marcel Mauss, com a noção de fenômeno social total (MAUSS, 1993). É um esforço para articular fatos da vida material e da cultura (no seu aspecto mais imaterial) na tentativa de compreensão das realidades sociais. Uma sociedade impõe um contexto que “enquadra” nossa vida. Esse contexto se manifesta, se concretiza a partir de elementos **materiais** (por exemplo, as instituições). Dispomos de instituições que permitem educar, cuidar e que se dirigem à coletividade. Elas são mais ou menos complexas de acordo com as sociedades. Nesse sentido, por exemplo, a medicina é, em nossa sociedade, a instituição oficial, na qual é permitido cuidar de doenças. É social, porque nem todas as sociedades possuem uma classe de especialistas que consagram seu tempo a elaborar um saber, a formular leis, uma moral, métodos e que possuem o papel de aplicar esse saber e esses princípios morais em casos concretos. Ela é oficial porque ela é apoiada por forças políticas e econômicas. Por outro lado, a organização dessa instituição se manifesta também através de elementos **imateriais**, com suas normas: boas maneiras de fazer, de ser, socialmente definidas e sancionadas. Por exemplo, um dos elementos de organização da vida coletiva é a sexualidade e aquilo que dela resulta. As sociedades organizam (e controlam) a sexualidade, utilizando-se de interdições e de prescrições: uma das regras fundamentais da vida em sociedade é a proibição do incesto, que faz com que nos reproduzimos fora do nosso grupo familiar (regra da exogamia). Dentro desse grande contexto que é a sociedade, o indivíduo se inscreve no seu grupo com suas próprias normas, às vezes sua própria organização, como veremos nos itens a seguir (o individual x coletivo; condições x situações).

corpo. Mesmo que a resposta a essas necessidades passe por uma relação com outras pessoas, é cada um de nós quem experimenta, concretamente, a recuperação do bem-estar e da saúde (RAYNAUT, 2006).

É igualmente o trabalho de cada pessoa sobre o seu corpo – sua postura, seus gestos, sua aparência, sua ornamentação, o exercício de suas funções biológicas e de sua atividade física – que constitui o pedestal do sistema de trocas sobre o qual repousa toda a vida social, dentro de um permanente conflito entre a afirmação de sua singularidade e a adesão a uma (ou várias) identidade coletiva (RAYNAUT, 2006).

Para o autor:

a doença – como provação, acidente, fator de perturbação – pode ser um revelador pujante desta tensão entre o individual e o coletivo. Para o grupo, o evento que atinge um dos seus membros pode constituir uma ameaça que será proporcional à posição que ele ocupa na economia simbólica ou material do conjunto da estrutura social. Para o indivíduo, por mais pessoal que seja a experiência do sofrimento, ele não pode dar sentido ao que experimenta, nem achar uma saída, sem posicionar-se em relação aos outros, ao grupo. Desta forma ele pode interpretar a causa da sua doença, procurar ajuda e cuidado, confrontar-se com reações de empatia ou de rejeição (RAYNAUT, 2006).

“Condições” e “situações”

A noção de “condições” se aplica a tudo aquilo que se impõe às vontades individuais na qualidade de dados objetivos referentes a um quadro existencial: quer sejam dados imateriais, tais como instituições sociais, relações interpessoais ou realidades culturais; quer sejam dados materiais, tais como o nível econômico, as condições habitacionais, a ameaça de um agente físico ou biológico danoso. Constam, nessas “condições”, não apenas aquelas que podem ter um impacto negativo sobre a existência das pessoas – a realização de suas aspirações pessoais, sua saúde, mas também as potencialidades que podem existir para agirem e responderem aos problemas encontrados (por exemplo, a oferta de serviços de saúde, de formação ou a existência de estruturas formais ou informais de apoio e de solidariedade) (GERHARDT, 2000, RAYNAUT, 2006).

Já a noção de “situação” coloca a ênfase sobre a posição singular que ocupa um indivíduo, uma família, uma comunidade – conforme

o nível de análise adotado – em relação a esse universo referencial. Tal posição é o resultado de uma interação permanente entre as “condições” existentes em certo momento e o desempenho dos atores sociais, quer eles as aceitem sem reagir – às vezes sem sequer ter consciência da sua existência – quer eles tentem modificá-las ou, mais freqüentemente, interpretá-las, resistir-lhes, aproveitar as suas contradições e os espaços que elas deixam para desenvolver iniciativas e inovações (GERHARDT, 2000, RAYNAUT, 2006). Apresenta-se na qualidade de processo dinâmico.

Os resultados de dois estudos apresentados por Raynaut (2006) evidenciam a necessidade de se pensar o papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais, reexaminando, principalmente, algumas noções como a de condições de vida e suas relações com as disparidades de saúde. Cada indivíduo ou grupo local enfrenta cotidianamente, não apenas restrições e potencialidades referentes ao seu quadro de vida material, mas também aquelas que se originam em seu universo coletivo, social e cultural: representações e valores transmitidos pela educação e pelos processos de socialização; configuração de relações interpessoais decorrentes da organização social e dos embates do poder (GERHARDT, 2006; RAYNAUT, 2006). Assim, o estado de saúde dos indivíduos, que determina a capacidade dos grupos sociais a se reproduzirem fisicamente, está na dependência de fatores imateriais como os objetivos e os valores sociais que estruturam as relações interpessoais, como reflete também a posição que o indivíduo ocupa dentro da estrutura social e econômica. No entanto, cada um – indivíduo, família, grupo – conserva um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator da sua própria existência: reinterpretando as condições externas às quais ele está submetido e elaborando o que chamamos de “situação de vida”: realidade existencial cotidiana à qual ele impõe, com mais ou menos força, conforme os casos, sua visão. Ele elabora assim, no decorrer da sua história pessoal, sua própria experiência de sujeito: consciência e olhar distanciado sobre o que, em torno dele, é do domínio do material e do imaterial (GERHARDT, 2006; RAYNAUT, 2006).

Através da distinção das noções de “condições” e “situações”, operamos uma diferenciação fundamental para entender a complexidade da relação entre o conceito epidemiológico de risco e o estado

de saúde efetivo dos indivíduos e das populações, que perpassa a noção de vulnerabilidade, enquanto susceptibilidade e manejo das situações de risco.

Assim:

pensa-se que definição científica do que é saúde é certamente uma contribuição limitada para sua compreensão. Considerando sua complexidade, incluem-se nessa compreensão, as concepções e percepções das próprias pessoas, de sua capacidade de influência na própria vida e nos processos de ser saudável e adoecer. Saúde nesse sentido, não é um estado de estabilidade, é algo em constante mudança, uma conquista da qual se depende. Portanto, saúde das pessoas é um assunto delas próprias e motivo de busca constante e dinâmica. É, antes de tudo, uma sucessão de compromissos com a realidade em direção ao bem-estar físico, mental e social. Esses compromissos se constituem na conquista dos meios capazes de proporcionar a regulação das variações do estado orgânico; as adaptações necessárias ao meio; a realização dos desejos; e a liberdade de ação individual e coletiva, potencialmente capazes de proporcionar bem-estar (GERHARDT, LOPES, 2007).

Ainda para as autoras,

nessa perspectiva, a busca dinâmica e o estabelecimento de compromissos com a realidade, se concretizam ao pensarmos os sujeitos e as coletividades a partir de sua situação de vida. Essa situação (ou situações) é definida como o reconhecimento da existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (materiais e relacionais) e da ação dos sujeitos como intérpretes do real. Dessa forma, considera-se que saúde-doença remete (dinamicamente) a múltiplos fatores e sua combinação e à capacidade de reação de indivíduos e coletivos, mobilizando seus recursos (materiais e imateriais {simbólicos}) para desativar ou contornar eventos negativos como morte, doença, perdas, entre outros (GERHARDT; LOPES, 2007).

O modo de lidarmos com o corpo, com as doenças, com as terapias e com a dor é amplamente determinado pelas representações sociais que nossa cultura tem de nosso corpo e de suas relações com nossa mente e nossas emoções. Nesse sentido, a problemática das relações entre o material e o imaterial é pertinente, quando questiona o papel dos fatos culturais na gênese da relação entre os fatores ambientais e os equilíbrios corporais. Um enfoque simplificador estabelece relação direta, mecânica, entre meio ambiente e doença e, fugin-

do dessa simplificação, introduzimos, nesse caso, a mediação do social. Evidencia-se, portanto, que o fato de o ser humano se organizar em sociedade, de ter a capacidade de pensar seu ambiente e agir sobre ele, pode modificar o impacto das condições materiais de vida sobre seu corpo. Fatos imateriais (representações, valores, relações sociais) podem revelar-se fatores determinantes para a saúde (RAYNAUT, 2006).

Articulando as múltiplas dimensões dos itinerários terapêuticos: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor

Algumas tentativas de aproximação e intermediação entre as diferentes dimensões apresentadas têm possibilitado, sem dúvida, interpretações menos polarizadas sobre a abordagem dos itinerários terapêuticos e a compreensão das necessidades e demandas dos sujeitos. Entretanto, o desafio da operacionalização de alguns conceitos e abordagens permanece.

No sentido de avançar nessa discussão, trago algumas reflexões feitas a partir de dois estudos realizados sobre as estratégias de enfrentamento de problemas cotidianos de famílias pertencentes a categorias socioeconômicas desfavorecidas (GERHARDT, 2000, 2003 e 2006). A ilustração de determinadas situações pode contribuir para ampliar a compreensão das múltiplas dimensões dos itinerários terapêuticos e do funcionamento de redes sociais enquanto prática em saúde.

Ao se refletir sobre as dimensões individuais e coletivas das estratégias de enfrentamento de problemas e a busca por cuidado, é preciso pensar que a solução dos problemas de saúde pode passar por uma estratégia coletiva, no seio da qual a solidariedade e a capacidade individual exercem papel fundamental. No cotidiano de certas famílias desfavorecidas economicamente (GERHARDT, 2000 e 2003), as trocas podem ser muito densas e variadas, através da mobilização de redes familiares e comunitárias. A rede familiar e de vizinhança funciona, nesse caso, como uma comunidade solidária, alimentada a cada vez graças às iniciativas e as relações pessoais de cada um dos participantes; elas permitem amplamente o enfrentamento das dificuldades econômicas. Em relação a isso, pertencer a outros círculos de sociabilidade pode ser igualmente determinante: mesmo pouco freqüente ou precário, o apoio do parentesco ou de amigos constitui aporte precioso que sustenta o conjunto do sistema.

O que se observa nesse tipo de rede é a existência de um modelo concêntrico, com um núcleo central onde a família está no centro das trocas e onde as relações estão baseadas na igualdade e na reciprocidade. Por outro lado, há um ambiente social no interior do qual vive a família, que permite o estabelecimento de relações onde a ajuda obtida contribui a amenizar a situação de crise, mas que ao mesmo tempo conduz ao desenvolvimento de relações desiguais e de dependência. Nessas situações de dificuldade econômica (material), as estratégias individuais e coletivas são complementares. Seria difícil para as famílias se manterem se elas não investissem em recursos pessoais. Para isso, cada uma tenta valorizar seus talentos e aproveitá-los: a ajuda de um parente ou de um amigo, o acesso aos responsáveis do poder local, as trocas realizadas, etc. (GERHARDT, 2000 e 2003).

As práticas referentes à saúde e à doença revelam as relações complementares e cumulativas, e não-substitutivas, entre o apoio social familiar e a criação de redes na esfera comunitária. A mobilização de recursos e a formação de redes são resultado das necessidades sentidas pelos indivíduos em termos de problemas cotidianos. A situação vivenciada pelas famílias, de acordo com a forma como ela é percebida pelos indivíduos, pode ou não gerar estratégias de enfrentamento aos problemas. A vulnerabilidade das famílias é assim associada à percepção que elas possuem de suas próprias situações de vida e do seu perfil socioeconômico. Mas o apoio social é somente um dos elementos que compõem as relações humanas, feitas em parte de “esperas interessadas”, mas também de gratuidade e de espontaneidade. É a dinâmica das relações humanas que está na base da estrutura das redes e das formas de apoio social. Assim, as redes sociais não podem ser isoladas do contexto que as fazem emergir e da dinâmica das relações interpessoais, ou seja, da empatia, das relações afetivas, das relações de companheirismo, dos gestos gratuitos dificilmente quantificáveis.

O cotidiano dos indivíduos – seus sofrimentos e desesperanças, suas ambigüidades entre conformismo e resistência, entre o olhar do outro e a aceitação, entre a resignação e a esperança – suscitam questões e evidenciam a importância do papel dos indivíduos na gestão cotidiana dos problemas e no estabelecimento de prioridades. O estudo mostra que os indivíduos, apesar de sua exclusão social, conseguem criar práticas originais, reinterpretar idéias e sugestões,

reinventar o concreto e fazer de suas vidas uma travessia balizada de partilhas e de mudanças. Encontrar soluções, reinventar a partir do nada, recriar uma vida coletiva, tudo isto possui uma expressão simbólica expressiva, portadora de ensinamentos, que um olhar distante é incapaz de compreender (GERHARDT, 2000, 2003 e 2006).

Cada um intervém como um ator que, mesmo sendo tributário de um certo quadro de vida material, social e cultural, o reinterpreta em função de estratégias que lhe são próprias e com a ajuda das quais ele constrói uma situação de vida que lhe seja específica. As estratégias e situações construídas são, no entanto, provisórias e precárias: submetidas ao choque de um evento individual ou familiar (modificação da situação profissional ou residencial, conflitos familiares, doenças, etc.), mas também às dinâmicas mais progressivas de melhoria ou de degradação da situação econômica. Por outro lado, é preciso cuidar para interpretar as práticas de saúde de forma unicamente individualista. Qual seja a margem de manobra individual, os atores sociais se inserem em estruturas de apoio social e de partilha cujas normas e valores da sociedade possuem influência sobre as escolhas e sobre seu comportamento. Sua forma de enfrentar e de minimizar o impacto dos eventos imprevistos sobre a saúde dos membros de sua família depende em muito da sua capacidade de tomar decisões individuais, ao mesmo tempo em que mobiliza recursos coletivos, mesmo devendo mobilizar outros recursos que permitam percorrer toda a cidade para tal (GERHARDT, 2006).

Assim, as formas de enfrentar a doença e de minimizar os impactos de eventos imprevistos sobre a saúde dos indivíduos se deve muito à capacidade individual de tomar decisões, ao mesmo tempo em que mobiliza redes coletivas de apoio social e outros tipos de recursos sociais, mesmo havendo influência das concepções de saúde, da doença e do corpo (não abordados neste texto), e dos recursos de saúde disponíveis. A maneira como colocam em prática o conhecimento ou o modo pelos quais eles enfrentam os eventos (neste caso, a doença), pode vir a perturbar o frágil equilíbrio de suas vidas cotidianas (GERHARDT, 2006).

Os itinerários e escolhas terapêuticas devem ser analisados, portanto, não somente como um estado crônico ou agudo, mas como o resultado de um processo. A saúde se insere nas estratégias individuais

e familiares, ao mesmo tempo em que se apóia em diferentes tipos de recursos coletivos. A observação dos itinerários pode ilustrar, assim, a prática cotidiana de recursos frente à doença, onde diferentes estratégias incorporam diferentes escolhas e diferentes alternativas que não se excluem e que são, ao contrário, plurais. Eles revelam um processo no qual se articula o individual e o coletivo nas estratégias de enfrentamento colocadas em prática por indivíduos capazes de mobilizar recursos materiais e imateriais (GERHARDT, 2006).

As alternativas de escolha terapêutica também são múltiplas e vão desde a “informal” (automedicação, conselho ou tratamento recomendado por parente, amigo, vizinho...), passando pela “popular” (curandeiros, benzedeiros, “vovós”...), até a “profissional”. Cada uma possui vantagens e desvantagens e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo. As estruturas sociais utilizadas e as estratégias desenvolvidas podem compreender as relações familiares e de vizinhança, a integração a redes de solidariedade organizadas em torno de igrejas, a integração em de redes sociais e políticas de clientelismo que podem dar acesso a benefícios sociais. Sendo assim, num país como o Brasil, fortemente marcado pela diversidade cultural e pela mobilidade, estes valores de solidariedade, de ajuda, as relações clientelistas de proteção do dependente e de fidelidade ao padrão desempenham papel essencial na construção dos laços sociais entre os indivíduos.

A saúde dos indivíduos expressa o impacto dos problemas materiais sobre o corpo, e permite, de certo modo, uma leitura dessas relações. Por outro lado, existem mecanismos de regulação ou de perturbação da saúde e da doença que são de ordem social e cultural, a saber: papel das relações sociais (familiares e comunitárias); solidariedades que as fortalecem ou conflitos que as dividem – como mediadores entre o indivíduo e seu ambiente físico. Os comportamentos e opiniões de indivíduos dependem em grande parte das estruturas nas quais eles estão inseridos e do sistema de valores e normas veiculados pelo meio social ao qual fazem referência e que governam as relações entre ambiente, saúde e sociedade; conseqüências dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais (físicas), de acordo com as representações do corpo e da doença e as respostas propostas pelas diferentes possibilidades de cuidados em saúde.

Sendo assim, a partir do momento em que não nos contentamos em saber que o estado de saúde de uma população é um reflexo “passivo” de suas condições de vida materiais, é indispensável levar em conta as respostas sociais que são dadas aos problemas que se apresentam, sob a forma de gestão social, não exclusivamente da saúde e da doença, mas também da vida cotidiana como um todo. Isto implica um esforço de compreensão dos problemas ligados à saúde e a capacidade de mobilização de “recursos sociais”, capazes de dar um tipo de resposta aos problemas encontrados e das trajetórias sociais que levam os indivíduos a se encontrarem em tal situação, que vão muito além do modelo biomédico.

Os itinerários terapêuticos dependem de estratégias complexas fundamentadas na elaboração de relações sociais e de práticas de inserção social. Como também fora apontado por Alves e Souza (1999) e Raynaut (2006), a contribuição da Antropologia se dá na interpretação desses comportamentos: não simplesmente como estratégias práticas, funcionais, materiais (respostas adaptativas à carência de recursos, redes espontâneas de “seguro social”), mas, na evidência de que essas relações sociais existem independentemente das funções práticas que podem cumprir nas situações de crise, ou seja, também através da linguagem simbólica de construção de relações sociais, na essência não-biológicas, que ajudam a remodelar e a recriar o espaço de recursos no interior do qual se resolvem os problemas de ordem biológica. O imaterial (nesse caso uma concepção das relações sociais) reveste, portanto, uma eficácia material (biológica). Assim, o estado de saúde dos indivíduos (determinante para grupos sociais se reproduzirem fisicamente), está vinculado a fatores imateriais como os objetivos e os valores sociais que estruturam as relações interpessoais, refletindo também a posição que o indivíduo ocupa dentro da estrutura social e econômica. No entanto, cada um – indivíduo, família, grupo - mantém um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator da sua própria existência: reinterpretando as condições externas às quais ele está submetido e elaborando sua situação de vida: realidade existencial cotidiana à qual ele impõe, com mais ou menos força, conforme os casos, sua visão. Ele elabora, assim, no decorrer da sua história pessoal, sua própria experiência de sujeito: consciência e olhar distanciado sobre o que, em torno dele, é do domínio do material e do imaterial (RAYNAUT, 2006).

Nesse mesmo sentido, Camargo Junior (2006), ao se referir às necessidades de saúde e a demanda, descreve que o “processo de definição e identificação dos problemas de saúde como uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo”. Classicamente, e a partir de uma perspectiva simplificadora, os problemas de saúde (identificados como sinônimos de doenças e de objetos dados e passivos) constituem a demanda por serviços de saúde e são fortemente objetos do planejamento em saúde, através do desenvolvimento de técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões, que dêem conta de tais problemas de saúde, oferecendo-lhes uma resposta, através de prioridades estabelecidas e de alocação de recursos (CAMARGO JUNIOR, 2006, p. 92).

Assim, uma concepção de necessidades em saúde e de demanda que não leve em conta as interações entre o material e o imaterial, o individual e o coletivo, as condições e as situações, torna-se limitada para a compreensão dos processos de busca por cuidados em saúde nos itinerários terapêuticos e das várias racionalidades terapêuticas existentes. Ainda, as necessidades em saúde, quando se materializam em demandas por cuidado em saúde nos serviços, nem sempre se materializam unicamente em demandas biológicas. Como a demanda é “resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências” (CAMARGO JUNIOR, 2006, p. 99), as interações entre o material e o imaterial, o individual e o coletivo, as condições e as situações estão presentes em ambos os lados nessa mediação.

Pensa-se que a noção de situações de vida pode contribuir para um melhor entendimento das relações entre oferta e demanda de serviços de saúde. Esta noção recupera a utilização que os atores sociais fazem de suas condições materiais e imateriais (de acordo com as percepções construídas das adversidades materiais e imateriais às quais os atores sociais estão submetidos, enquanto recompõem e reinterpretam estas adversidades). Além disso, essa noção permite fazer uma síntese entre o que, na existência de um indivíduo – ou de um grupo – releva de fatores contextuais coercitivos, quer sejam materiais, sociais ou culturais, e as interpretações e combinações que o indivíduo faz de acordo com suas próprias percepções, de seus objetivos e de sua capacidade em formular um projeto de vida. É exatamente neste contexto dinâmi-

co que se opera a hierarquização de problemas. A noção de situações de vida assim definida pode reconciliar a existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (material e condições sociais de vida) e a ação do sujeito como intérprete do real, tornando-se uma ferramenta para compreender a vulnerabilidade.

Pensar na prática da integralidade é pensar no cuidado como valor ético, no cuidado como redes sociais, é antes de tudo dar espaço para a diversidade, para as contradições, é tornar possível que se institua o apoio social (enquanto sistema de dádiva) como prática de saúde por parte dos profissionais; é valorizar o apoio social na comunidade nas redes sociais formais e informais; é apoiar e inserir aqueles que não pertencem a um sistema de apoio, pois as redes não atingem todos da mesma forma; é facilitar todos os esforços que os sujeitos fazem para sobreviver, amenizando suas necessidades materiais e sociais; é reconhecer os indivíduos, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado e não somente como objeto de práticas e prescrições. A valorização das redes do apoio social existentes torna possível a compreensão de que o cuidado, ao longo dos itinerários terapêuticos, pode ser feito fora do modelo biomédico.

Referências

- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.
- BENOIST, J. *Soigner au pluriel*. Essais sur le pluralisme médical. Paris: Karthala, 1996.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 91-101.
- CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2002.
- FASSIN, D. Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar. *Psychopathologie Africaine*. Paris, v. 21, n. 2, p.155-176, 1987.

_____. *Entre pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: PUF, 1992.

GERHARDT, T. E. *Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire*. Pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Laboratoire Sociétés, Santé, Développement - Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

_____. Da saúde pública à antropologia: religando os conhecimentos em torno das desigualdades sociais e de saúde. *História, Ciência, Saúde Manguinhos*, 2007 (no prelo).

_____. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 713-726, 2003.

_____. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.449-2.463, 2006.

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. Social and health inequalities under the perspective of an interdisciplinary research program in rural spaces of southern Brazil. *Salud Publica de México*. 2007 (no prelo).

GODELIER, M. *L'idéal et le matériel*. Pensées, économies, sociétés. Paris: Fayard, 1984.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 279-291.

MASSE, R. *Culture et santé publique*. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 1995.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, 2004.

MAUSS, M. Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1993. p. 145-153.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993.

RAYNAUT, C. Ideal e material, em busca de novos paradigmas: o papel da interdisciplinaridade. Conferência ministrada no Curso de Doutorado em meio ambiente e Desenvolvimento/UFPR, Curitiba, mar. 2006.

_____. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, 2006.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado

MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA

Introdução

A produção de cuidado não é propriedade de um segmento de atores particular, mas encontra-se referida às inúmeras combinações possíveis entre modelos de conhecimento, perspectivas e a capacidade de superar relações de hierarquia de conhecimento, que podem vir a traduzir as diferenças em desigualdade. Encarar a área da saúde enquanto um campo relacional e de produção, complexo e composto por diferentes perspectivas, já nos permite analisá-lo à luz das teorias e conceitos sobre redes sociais e circuitos de troca social. É no contexto da experiência democrática, não somente como regime, mas enquanto cultura de cultivo dos laços de solidariedade, que somos reenviados ao necessário enfrentamento do entendimento acerca dos processos de interação social, conflitos e negociações, no campo da política pública e do cotidiano de atenção. No cotidiano, a relação entre democracia, solidariedade e inclusão ganha, portanto, contornos de uma tríade alinhavada pela dinâmica de relações entre os atores, suas perspectivas e suas posições no tempo e no espaço.

Democracia, solidariedade e inclusão revelam-se uma tríade na medida em que consigamos construir um olhar relacional, onde as referências estão menos situadas no campo das identidades e se dirigem mais para as perspectivas dos atores no campo da socialização (SIMMEL, 1983). A categoria de “perspectiva” (YOUNG, 2006) pode ser relacionada com as análises sobre redes sociais, com a consideração de que os atores assumem determinadas posições a partir dos

encontros, negociações, pactuações e interesses mobilizados em circuitos de sociabilidade e troca, situados no tempo e no espaço. E aqui estamos mais afinados com as idéias advindas do campo das trocas sociais (MAUSS, 2003), relacionadas com as dimensões afetivas, lúdicas, de apoio social, alteridade, reconhecimento e diferenciação, e menos com as lógicas de custo e benefício, racionalmente mediadas pelo cálculo econômico. O campo do cuidado à saúde evoca uma necessária flexibilidade, na medida em que nele se reúnem muitos significados do campo humano e muitos modelos explicativos acerca da origem e tratamento da doença (HELMAN, 2003; GOOD, 1994).

O exercício democrático vincula-se à possibilidade de considerar o caráter relacional da vida humana, e de que a democracia no cenário da saúde se beneficia mais de uma análise que invista no caráter relacional das “perspectivas” e menos nas “identidades”. Situada diante desse argumento, apontaremos mais adiante para a hipótese de que no cotidiano da pesquisa, do ensino e dos serviços, as maiores dificuldades relacionam-se às cobranças quanto a uma certa coerência entre pensamento e ação, e a uma certa manutenção de posição ou de reificação identitária. Ou seja, perde-se de vista a capacidade humana de vivenciar a apreensão da realidade a partir da localização da pessoa no tempo e no espaço, das relações e interações, influências relacionadas às combinações entre esses elementos. Quando trabalhamos com a perspectiva identitária e cobramos uma tendência ou um padrão, ignoramos as possibilidades de negociação, mudanças de posição, capacidades de relativizar e desenvolver relações de reconhecimento sobre os limites e desafios no campo da interação social. As interações no cotidiano da saúde incluem inúmeros jogos de relações que evocam as necessidades de empaticamente identificar-se com as dores e demandas do outro, perceber-se tão humano quanto aquele que é alvo de um cuidado profissional, e também conseguir identificar referências que transmitam segurança, e ao mesmo tempo valorizem a fragilidade da vida, das decisões e dos recursos ao apoio.

Uma análise acerca do circuito do dom na saúde pode beneficiar-se de duas perspectivas, complementárias e não-excludentes: uma que, recorrendo às transformações na configuração legislativa, aposta num sistema de saúde baseado na esfera universal, equitativa, integral e descentralizada das ações. Central nessa primeira perspectiva é a

figura da participação social via controle social. A sociedade funcionando organizadamente pode exigir do sistema sua abertura, o descortinamento dos segredos da política. Para tanto, a sociedade civil organizada funcionará tanto mais eficaz, quanto mais puder acionar sistemas de rede. A segunda perspectiva representa a possibilidade de iluminar o cotidiano dos processos saúde/doença/cuidado, de forma a reativar mecanismos de integração entre a dimensão pessoal, das relações face-a-face, e a dimensão técnica das *expertises*, sem desconsiderar os saberes próprios de todos os sujeitos, que, doentes, desenvolvem um conhecimento sobre seus sofrimentos.

O cuidado à saúde sob a perspectiva da solidariedade e da dádiva

A discussão do cuidado à saúde evoca a capacidade de acionarmos dispositivos de solidariedade e de construção em rede, no cruzamento com o conceito de integralidade. Os conceitos de solidariedade (RORTY, 1988) e de integralidade (MATTOS, 2001) qualificam os debates sobre o cuidado nas práticas de atenção à saúde humana. Seja como fio tecedor da integralidade (SILVA JUNIOR *et al.*, 2005), ou ainda em sua concepção filosófica clássica de dimensão constitutiva do ser humano (BOFF, 1999), o cuidado é antes de tudo uma construção humana e por isso mesmo um bem simbólico, à disposição no circuito das trocas sociais.

Um circuito de trocas sociais à luz do referencial de Mauss (1960) aponta para o dom como um elemento fundamental na instauração do vínculo social. No campo das relações sociais e de sua estrutura, conta o simbolismo, por exemplo, das palavras, ações, gestos e intenções. O sistema de dádivas se assenta, portanto, nesse espírito de reciprocidade que vai reunir a dádiva oferecida, a obrigação de receber e a liberdade de retribuir. Ao buscarmos essa primeira referência, estamos fundamentando o argumento de que para que esse sistema opere, ele precisa resgatar a pessoalização das relações, os mecanismos de interação face-a-face, a micropolítica do cotidiano, *locus* dos afetos, das motivações e desejos. É exatamente nesse ambiente humano que vão se instaurar as relações do homem com sua saúde, e a apreensão da saúde enquanto um bem no circuito das trocas sociais.

No circuito de cuidado à saúde deve ser considerada a necessidade de instauração de vínculos sociais. A reciprocidade, o reconheci-

mento e a retribuição tornam possível a instauração do vínculo social. E no contexto da produção de saúde, uma situação de adoecimento deflagra uma série de necessidades inseridas no circuito de trocas sociais e relações de significado, traduzindo demandas de cuidado à saúde. Essas demandas são do usuário e também do profissional, e estão situadas em perspectivas diferentes, o que exige a necessidade de formulação de um *convite ao cuidado*, e menos uma normativa: o usuário precisa de um cuidado, e o profissional deve/quer oferecê-lo. Mas, então por que muitas vezes essa relação de troca não se estabelece? Quando um usuário busca um serviço, ele precisa também ser convidado/seduzido a cuidar-se, ou seja, a ele é oferecido um conjunto de tratamentos, recursos, orientações, indicações, que precisam ganhar sentido para que seja deflagrado um processo de adesão ao cuidado à saúde, ou seja, para que se instaure um circuito de trocas. Mas para que ocorra esse processo, é preciso que o profissional formule um convite ao cuidado, baseado no vínculo e na confiança, permitindo a emergência de conteúdos mais relacionados à dimensão de pessoa (DUARTE; GIUMBELLI, 1995) no universo das trocas sociais. O convite, segundo Mauss (2003), deve ser retribuído, pois a dádiva não retribuída alimenta uma assimetria, e não gera reciprocidade. Trazendo essas reflexões para o âmbito das relações de cuidado à saúde que se dão no encontro entre profissional e usuário, muitas das vezes a questão é que a assimetria, o distanciamento, a baixa disponibilidade para a escuta produzem efeitos de desresponsabilização, com pouco interesse na construção de uma referência terapêutica.

Por outro lado, como todo convite, a ele cabe um aceite ou uma recusa, na consideração de que a tomada de posição, a liberdade de escolha é um pré-requisito para o reconhecimento de uma relação entre sujeitos, não baseada na assimetria ou na hierarquia de poder, ou ainda no valor de que o conhecimento profissional sobre o corpo doente é mais relevante que o conjunto de repertórios pessoais que essa pessoa que adoecce desenvolve. Conhecimentos diferentes compõem uma ordem negociada e compõem o contexto das ações de cuidado. No cotidiano de atenção às doenças crônico-degenerativas, em que a experiência de adoecimento ganha contornos existenciais, muitas vezes essa recusa refletida numa chamada “má adesão” provoca

reações de indignação, frustração, revolta e muitas vezes desinvestimento. E aí cabe perguntar: como os preparamos para exercitar a arte da negociação, do diálogo e da instauração de um circuito de troca provocador de vínculo e referência para o usuário que nos procura? Como nós conquistamos alguém para um cuidado de longo curso? Como oferecemos a alguém um cuidado que muitas vezes está qualificado com restrições, rotinas pesadas, contato com o sofrimento? E ainda, para cuidar é preciso amar: é possível amar a doença que nos aflige?

A todas essas perguntas não se desvelam respostas, mas possibilidades de abertura para um debate em que talvez nossa única certeza seja apostar no resgate da dimensão afetiva nas práticas de cuidado. E aí não somente afetos positivos, mas também aqueles considerados não tão nobres, mas tão importantes pela possibilidade de expressão humana. É comum ainda a instauração de leituras que dicotomizam a realidade e organizam as expectativas profissionais com relação ao tratamento e adesão dos usuários em dois modelos de qualificação: o da “boa” adesão e o da “má” adesão, sendo esta última qualificada pelo que falta, pela lógica da carência. Considerando que esses modelos são construídos com base em algum parâmetro, é comum muitas vezes que não estejam socializados esses parâmetros, ou que até mesmo eles revelem muito mais uma lógica reducionista do que ampliada da vida. E daí cabe perguntar: quais são os nossos parâmetros? Esses modelos nos colocam frente a uma imagem idealizada, um “padrão ouro” e será que esse padrão nos ajuda a encarar o caráter processual da experiência de adoecimento?

Esse conjunto de questões possui uma dimensão operacional nas políticas de saúde na sua dimensão cotidiana. É no cotidiano, das práticas de cuidado e atenção a saúde que vemos atualizado o distanciamento entre um projeto ideal de ciência e as questões subjetivas que matizam essas práticas. A formação dos profissionais de saúde se guia pelas expectativas acerca de uma racionalidade que permita “dar conta” dos aspectos subjetivos que permeiam as relações profissional/usuário de saúde. A neutralidade e a objetividade se tornam, então, grandes metas que permitiriam um “distanciamento ótimo”, tanto na produção do cuidado, quanto na reflexão sobre o mesmo. É assim que a subjetividade presente nas vivências cotidianas profissionais é deslocada para um plano negativo, sendo afirmada

como uma “construção intimista” que precisa ser controlada e somente acessada pelos profissionais de competência “psi”.

No entanto, aqui compartilhamos da visão de Castoriadis (1999), para quem a subjetividade se relaciona à questão do sujeito humano e das possibilidades do homem de receber, dar e atribuir sentido, não sendo justaposição de um corpo puramente biológico ou físico, mas sociabilidade e historicidade. É no contexto social que o cuidado à saúde traduz-se numa necessidade e desdobra-se numa demanda, ou várias, que nós profissionais ajudamos a construir. Essa produção de demandas conta com a releitura das narrativas da pessoa doente à luz de nossos modelos explicativos profissionais, e também quando no encontro entre usuário/profissional uma multiplicidade de modelos explicativos, estratégias de cuidado e práticas presentificam-se.

O projeto de ciência, posto pela modernidade e marcante em nossa tradição científica, desconsiderou o “acidente”, o “irracional” e, portanto, a vida. Morin (1999), Souza Santos (1995), Santos (2000), dentre outros, defenderam a tese de que o que há de mais fundamental na vida é o “acidental”. Aquilo que foge à nossa rotina, que nos surpreende com o impensado, com o desorganizado, com o desordenado. No entanto, buscamos em nossas rotinas comuns e em nossos protocolos científicos as regularidades daquilo que nos cerca como se através dessa estratégia pudéssemos controlar melhor o fluxo, a intuição. E aí cabem perguntas: no cotidiano de um serviço de saúde será que o que domina é a rotina da regularidade, das ações racionais orientadas por relações entre causas descobertas e problemas solucionados? No caso específico da atenção às doenças crônicas e adesão aos tratamentos de longo curso, é a relação tranqüila e rotineira de resolução de problemas que predomina? Ou é o impensado, o incurável, a convivência com a doença, a necessidade de discutir a realidade humana com seus valores que se coloca, de forma complexa? A racionalidade reducionista dá conta da multiplicidade daquilo que nos lança no desafio da convivência com a doença (e não na cura, na solução de problemas), com a necessidade de investir nos vínculos (ao invés de desejar a neutralidade), de considerar o discurso do usuário (ao invés de se isolar na linguagem científica)?

Muito mais do que respostas, essas questões talvez nos façam refletir sobre a nossa capacidade de acionar a dimensão lúdica e

informal da vida cotidiana a nosso favor, aliando a criatividade e a cordialidade ao conhecimento profissional. Repertório pessoal e técnico a favor da responsabilização, da negociação, da ampliação da vida e da inclusão dos sentidos produzidos pelo acometimento de uma necessidade de saúde dos sujeitos.

O pressuposto da solidariedade engloba em algum nível um interesse, ou a tomada de posição identificatória que seja com o outro, mesmo que essa alteridade esteja marcada por uma reciprocidade baseada na diferença, seja de classe social, gênero, repertório cultural e/ou de conhecimento. Nesse ponto é oportuno dialogar com Rorty (1988) na distinção que o autor opera entre solidariedade e objetividade. Segundo o autor, há duas formas principais de os seres humanos darem sentido às suas vidas quando refletem: uma é contar sua história para uma comunidade, vocação clara da solidariedade, e a segunda forma é a descrição de si próprios, como se abstraída e não derivando da relação mediada entre o indivíduo e sua comunidade, seu grupo, sua tribo, o que o autor denomina objetividade. Esta última segue a tradição ocidental moderna, referida aos ideais de ciência e de verdade no percurso humano de buscar dar sentido para sua existência. As tradições individualistas e da racionalidade ocidental moderna produzem uma ambiência, cenário para as teorias que enfatizam a racionalidade objetivista. As matrizes analíticas privilegiavam as oposições razão x emoção, virtude x vício, e ao mesmo tempo não se reduzem as mesmas. Se a objetividade reduz e possibilita um recorte da realidade, a solidariedade integra e amplia o universo de observação e análise. A objetividade se funda nos universais, na certeza e na verdade absoluta.

Bauman (1999), baseado em Rorty (1992), afirma que o mundo racional e universal da ordem não conhece a contingência e nem a ambivalência, confluindo para um projeto de dominação e de conquista. Bauman é incisivo ao afirmar que esse projeto que funda a modernidade é também base do discurso tolerante e diferenciador. Um discurso que se distancia da solidariedade e da contingência, pois estas recolocam a alteridade e a relativização das certezas como uma realidade. As dicotomias, segundo Habermas (1989), encontram-se movendo o compromisso da modernidade, que inclui em seu percurso obstáculos de mediação. O projeto moderno construiu, através da

cultura dos especialistas, as unilateralizações como estratégia de análise das práticas cotidianas, o que gerou, segundo Habermas (1989), problemas de mediação na relação com essas práticas. O autor pontua, ainda, que as diversas cisões nos domínios do conhecimento, atualizadoras de correntes de pensamento, pretendiam de alguma maneira partir da cisão para uma pretensa unidade, baseada na racionalidade construída no interior da cultura dos especialistas. O projeto da modernidade científica, da cultura dos especialistas, reduziu a complexidade dos problemas cotidianos às antinomias, organizando uma pretensa totalidade. Desta totalidade reduzida a binômios fez parte também o processo de neutralização dos compromissos de ordem ética e solidária. O apelo ao ideal de neutralidade científica não deixou de estar alojado no interior do campo da medicina científica moderna. O percurso de racionalização das formulações científicas e profissionais, instituído pela modernidade, garantiu a construção de um campo de disputas por competências, restrições de acesso e, portanto, de “disciplinarização” do conhecimento sobre a realidade.

O postulado da integralidade em saúde caminha na direção do reconhecimento da cultura democrática de afirmação de que as ações de saúde são ações do campo do humano e por isso mesmo essencialmente valorativas. Os valores, tradicionalmente ensinados do que seja uma “prática profissional séria”, reduzem a vivência ordinária e complexa dos pacientes a um conjunto mínimo de aspectos circunscritos a um modelo de conhecimento que se funda na abstração científica e no modelo duro de ciência. Esse modelo exclui da cena assistencial a subjetividade humana e outros valores extremamente relevantes: das escolhas pautadas nos critérios de justiça, cidadania e direitos.

Ao discutir o princípio da integralidade, numa das suas vertentes, como um campo valorativo, Mattos (2001) aponta para a possibilidade de que os profissionais de saúde abordem as situações utilizando a sensibilidade ao se confrontarem com limites de sua ação, incorporando revisões e redefinições de seus processos de trabalho. Nessa chave identificamos a possibilidade da construção de uma prática inclusiva. A inclusão só se torna possível caso sejamos capazes de acionar o repertório pessoal em prol da afirmação da diferença que constitui o campo humano no âmbito dos significados, sentidos e interpretações. Ainda nessa direção, recorreremos a Schraiber (1996), para quem as

ações de saúde englobam as dimensões valorativas, de tomada de decisão e de mediação no lidar com pessoas demarcando um exercício ético, em que as ações transformadas em intervenção definem um viver.

A dimensão relacional e as redes de troca de bens simbólicos na conformação de uma cultura democrática e inclusiva

O processo de encontro entre a abordagem profissional e os usuários dos serviços de saúde é eminentemente relacional. A dimensão comunicativa dessa relação, no sentido da resolutividade dos problemas colocados pelo processo de adoecimento, só se dará caso seja considerada a dimensão subjetiva dessa relação. A mesma se funda numa série de ações, que produzem uma sintonia entre as necessidades do usuário e os processos de intervenção implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida.

Encarando o cotidiano dos serviços pela perspectiva do encontro, é possível a construção de um olhar e de uma ação sintonizados com a perspectiva relacional, das redes que constroem pontos fracos e fortes, que têm uma dinâmica que pode ser alterada de acordo com a posição que os atores ocupam no espaço e no tempo. Tesser (1994) aposta para a possibilidade de uma outra organização dos serviços de saúde, onde o acolhimento às demandas dos cidadãos e a avaliação crítica das mesmas permitam uma ação programática definida pelo sinergismo e não pela mútua exclusão. A leitura do autor evocando a categoria “sinergia” nos reenvia ao campo analítico das redes que muito mais incluem do que excluem. Isso porque um pensamento em rede vai valorizar a possibilidade de que somos constituídos num universo de inúmeras trocas, interpretações e significados que muitas vezes nos permitem o exercício da comunicação, e inclusão a partir do que é comum.

Nessa direção, Mañas (2002, p. 291) assume que a noção de rede “tal qual um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem nós, significa uma transformação das idéias sobre organização social”. Daí, em sua perspectiva através da linguagem dos vínculos, o individualismo pode ser confrontado com as redes de interações das quais fazem parte circuitos formais e informais, onde circulem agentes sociais. Segundo o autor, “nas redes, os objetivos definidos coletivamente articulam pessoas, instituições e organizações que se

comprometem a superar de forma integrada os problemas do grupo, da comunidade ou da sociedade” (p. 292). Cada agente social referido a um determinado conjunto de redes de sociabilidade multiplica ao infinito as possibilidades das organizações a que se vincula e as suas próprias possibilidades. Dessa maneira, a reciprocidade pode ser pensada não só entre os agentes, mas entre as associações envolvidas, os grupos a que esse agente se refere, numa rede de trocas organizacionais. Assim, “as redes são fatos sociais e ao mesmo tempo uma oportunidade de reflexão sobre o social e as práticas cotidianas. Elas são como um espaço de organização dos sujeitos na construção solidária de sua rede” (MAÑAS, 2002, p. 292).

Para Fontes (1999), seguindo a tradição maussiana, é o dom que funciona como elemento caracterizador da solidariedade não-instrumental. Se a solidariedade instrumental tem no Estado e no Mercado seus lugares de ação, e no dinheiro e no poder seus bens simbólicos principais, a solidariedade não-instrumental se assenta no mundo da vida, não se encerrando num espaço do tempo, mas produzindo vínculos sociais e sociabilidade. Essa análise valoriza uma lógica diferenciada na atenção a problemas muito básicos, por vezes muito simples, que referem o mundo cotidiano da vida comum das pessoas. Tal campo evoca as redes de amigos, parentesco ou vizinhança, mecanismos de apoio social, baseadas em laços fortes, egocentradas, com alto grau de reciprocidade, e que podem ser definidas como redes sócio-humanas. Nessas redes predomina o coeficiente subterrâneo, da força da vizinhança, da familiaridade, da vizinhança, da amizade e da camaradagem que exerce uma forte influência na articulação pré-política e na estruturação da vida social (MARTINS; FONTES, 2004).

Considerando a força exercida por esse coeficiente subterrâneo como gerador de vínculos sociais, e de redes com fortes nós de sentido humano, cabe-nos perguntar até que ponto no cotidiano do cuidado conseguimos valorizá-las, incluindo-as, por exemplo, como estratégias de suporte e apoio.

Essas redes sócio-humanas fundamentam-se em mecanismos de solidariedade que podem tornar possível o revigoramento da cultura democrática, na inauguração de formas de representação mais diversificadas. Para Werneck Vianna & Carvalho (2004, p. 199), existem evidências da “valorização contemporânea do tema da solidari-

idade e, como tendência, a diversificação das formas de representação, *vis-à-vis* a parlamentar”. Isso que caracteriza a experiência democrática brasileira aponta, segundo os autores, para uma cultura de cooperação social, cujo modelo de construção dos sujeitos se assenta na interação – ao contrário da idéia de uma natureza humana – e menos na matriz de uma teoria democrática cuja base é o ego cartesiano, o agente individual ou até mesmo um superego coletivo.

A análise formulada por Young (2006) acerca dos dilemas da representação política no que se refere ao contexto das minorias fornece-nos pistas importantes sobre os limites da categoria de identidade. Essa análise interessa-nos ao problematizar os limites de uma prática democrática, centrada na lógica identitária. Para o autor, essa lógica associada aos debates sobre o sistema de representação das minorias deixa de reconhecer que na base dessa discussão reside a categoria de diferença. Por exemplo, pensar que as diferenças de raça e de classe perpassam o gênero, diferenças de gênero e etnia perpassam a religião, e assim por diante. Logo, muito embora durante o artigo a autora não acesse o debate ou o referencial de redes sociais, encontra-se no cerne de sua discussão uma defesa da tese de que o trabalho com a categoria de diferença nos faria avançar na direção de uma democracia ampliada, relacional, e baseada muito mais na discussão sobre perspectivas, situadas no tempo e no espaço e, portanto, sujeitas às mudanças de posição dos atores relacionadas às dinâmicas dos encontros. Essa discussão sobre redes sociais nos reenvia ao debate sobre a dinâmica das relações (sua forma, densidade, intensidade e sentido). A dinâmica tem papel fundamental na análise da ação social, e esta sofre influências da dinâmica dos fatores referidos acima, possibilitando uma reflexão sobre a circulação de bens materiais e simbólicos, valores, discursos e práticas que constituem a vida social.

Há uma tradição de estudos que recorrem ao conceito de rede social (BOTT, 1976; SIMMEL, 1983; BARNES, 1987; BOISSEVAIN, 1987), pela sua operacionalidade na leitura dos fenômenos do chamado “terceiro campo” da amizade, do parentesco e da classe social. Nessa direção, Barnes (1987) ressalta que uma ampliação do conceito de política permite refletir sobre processos que ocorrem em nível mais baixo, no interior de territórios menores, instituições sociais, das quais muitas das vezes pode-se perceber funcionamentos de aliança,

desafio, compromisso, teste de força e distribuição de recompensas que ocorrem no “nível mais baixo”. É apropriado, ainda, ao pensar no nível local, em situações em que grupos persistentes (partidos, facções) não estão formados, os chamados quase-grupos. Portanto, rede social define um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos, e suas relações com grupos, em situações em que indivíduos são continuamente requisitados a escolher sobre quem procurar para obter liderança, ajuda, informação e orientação.

No trabalho com redes sociais, perguntar “como” demarca a particular importância de exploração dos processos de construção, manutenção, replicação e sobrevivência de mecanismos sociais que permitem ampliar o nosso conhecimento sobre o campo dos investimentos sociais. Por exemplo, a organização de uma fila de chegada num posto de saúde, ainda na madrugada, transcende somente um mecanismo burocrático, e que permite a instituição de uma ordem baseada numa regra: a de quem chega primeiro. Há o interesse de saber de quem já estava na frente e foi chamado se conseguiu atingir seu objetivo, se sua espera foi recompensada. E ainda, o fenômeno de construção de redes de amizade, apoio e troca de experiências durante a permanência na fila, que fazem com que se volte a ela. Ao que parece, a fila por si não incomoda, o que provoca revolta e desconforto é a impossibilidade de ver recompensado o esforço da espera. Os sujeitos oferecem nesse recorte a confiança e a paciência na espera – bens simbólicos valorizados enquanto indutores de um circuito de troca – e como retorno esperam ver a retribuição desses bens, na forma de um serviço qualificado primeiramente pelo atendimento à necessidade de saúde, e mais ainda por um atendimento qualificado com as cores do afeto, do acolhimento e de uma referência terapêutica.

A interação face-a-face é valorizada enquanto a possibilidade da construção da alteridade, da reciprocidade e do vínculo social. A *perspectiva relacional* valoriza as interações sociais, e dá destaque ao fato de que se um indivíduo não sabe muita coisa isso não o coloca em posição de desvantagem *a priori*, pois o que importa é a forma como se dá a inscrição contextual desse indivíduo, as relações que estabelece, havendo a possibilidade de a carência de informação abrir outros horizontes a esse mesmo indivíduo. Por exemplo, importa a

estrutura total da rede, suprimindo considerações acerca de seu conteúdo substantivo, muito embora não desconsidere o seu papel na vida social (SIMMEL, 1983). Isso porque, na perspectiva formalística, a proximidade entre os indivíduos abre espaço para o conflito, pelo fato de essa proximidade emprestar conteúdo ao indivíduo, fazendo emergir as características singulares. Assim, a análise se desloca dos atributos individuais para refletir acerca dos padrões de relações. A crítica de Simmel dirige-se a essas abstrações da análise científica que insistem em determinar o específico poder de coesão das unidades elementares, reduzindo a multiplicidade de fatores a um “elo apenas”. A relação entre as forças unificadoras e as relações de conflito é que possibilita a constituição do grupo como uma unidade viva. Logo, não é suficiente pensar apenas acerca de um dos pólos – unificação ou conflito – mas na complexidade da vida real em que:

Toda a organização interna da interação urbana se baseia na hierarquia extremamente complexa de simpatias, indiferenças e aversões, do tipo mais efêmero ao mais duradouro [...] e aquilo que à primeira vista parece dissociação, é na verdade uma de suas formas elementares de sociação. (SIMMEL, 1983, p. 128).

O espaço de estruturação de uma rede atualiza pontos fortes e fracos, alianças e conflitos, que concretizam determinada ação social. Assim, o tema das redes sociais permite a análise dos processos de associação e dos interesses que movem indivíduos. No campo do chamado “capital social”, a dimensão de troca, imersa nas relações que se dão a partir de um contexto, o que importa é o que “você é” e o que “você tem”, a partir da posição que você ocupa. A segunda perspectiva se insere ainda no interior dos circuitos de troca simbólica, da tríade instauradora e mantenedora do vínculo social referida ao oferecimento / recebimento / retribuição (MAUSS, 2003).

Segundo Fontes (1999), os processos de solidariedade, que têm nas suas origens o fenômeno do dom e uma presença marcante no cotidiano, constituem elemento fundamental na estruturação do vínculo social. Recorrendo a autores que trabalham com a perspectiva da dádiva na modernidade e se opõem à perspectiva utilitarista em sociologia, Fontes (1999) afirma que nesse processo que relaciona dádiva e solidariedade há a possibilidade de se pensar não a partir da perspectiva do indivíduo, mas a partir da noção de pessoa. Tal pro-

cesso inclui a dimensão da reciprocidade, da troca e do interconhecimento direto, lugar privilegiado para se refletir inclusive sobre a perspectiva das redes sociais. A busca de um serviço de saúde remete à possibilidade de fazer circular aquilo que Martins (2003) define como “bens de cura”. No plano simbólico, a relação de cuidado pode vir a fazer operar e revitalizar com uma ordem simbólica que investe na atenção, na confiança e nas palavras técnicas no encontro com o profissional de saúde.

Conclusão

Uma análise acerca do circuito do dom na saúde pode beneficiar-se de duas perspectivas, complementárias e não-excludentes: uma que, recorrendo às transformações na configuração legislativa, aposta num sistema de saúde baseado na esfera universal, equitativa, integral e descentralizada das ações. Central nessa primeira perspectiva é a figura da participação social via controle social. A sociedade funcionando organizadamente pode exigir do sistema sua abertura, o descortinamento dos segredos da política. Para tanto, a sociedade civil organizada funcionará tanto mais eficaz, quanto mais puder acionar sistemas de rede.

A segunda perspectiva representa a possibilidade de iluminar o cotidiano dos processos saúde/doença/cuidado de forma a reativar mecanismos de integração entre a dimensão pessoal, das relações face-a-face, e a dimensão técnica das *expertises*, sem desconsiderar os saberes próprios de todos os sujeitos, que, doentes, desenvolvem um conhecimento sobre seus sofrimentos. E para que se instaure um circuito de trocas, a instauração de um vínculo, é preciso que se reconheça a diferença enquanto um imperativo, não sendo reduzido a uma assimetria, não gerando desigualdade.

Outro ponto central diz respeito ao fato de que a adesão a um cuidado à saúde necessariamente evoca os temas do vínculo e da criatividade que permeiam as relações entre cuidadores e pacientes, e da multiplicidade de repertórios e compreensões sobre o processo de adoecer, e as dificuldades e desafios que envolvem a necessária conquista dos usuários para os seus tratamentos, em qualquer quadro de adoecimento. O acolhimento torna-se também um instrumento facilitador de acesso à narrativa dos doen-

tes, e como um instrumento a favor da responsabilização dos mesmos na sua vivência de adoecimento.

Por fim, reivindicar a importância da dimensão relacional, do caráter mobilizador que implica um encontro com um profissional de saúde numa situação de cuidado, significa abrir-se às perspectivas, à possibilidade de compreender que existe um processo de cuidado, que não deve fixar-se em identidades. A inclusão pode vir a ser resultado de um conjunto de práticas pautadas na solidariedade, na contingência e na responsabilização com o reconhecimento de que o outro é parte integrante de uma rede onde as posições deveriam pautar-se no diálogo e na negociação.

Referências

- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do ser humano. In: _____. *Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CASTORIADIS, C. Para si e subjetividade. In: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Orgs.). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 35-46.
- DEMO, P. Novos paradigmas em política social. In: CARVALHO, D. B.; SOUSA, N. H. B.; DEMO, P. (Orgs.). *Novos paradigmas da política social*. Brasília, UNB, 2002.
- DUARTE, L. F. D.; GIUMBELLI, E. As concepções cristã e moderna da pessoa: paradoxos de uma continuidade. *Anuário Antropológico*, Brasília, v. 93, p. 23, 1995.
- GOOD, B. J. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- FONTES, B. A. S. M. Capital Social e Terceiro Setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. *Caderno CRH*. Salvador, n. 30/31, p. 239-318, 1999.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como "ideologia"*. Lisboa: Edições Setenta, 1994.
- HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, Vozes, 2003.
- MARTINS, P. M.; FONTES, B. Construindo o conceito de rede de vigilância em saúde. In: _____. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: EdUFPE, 2004.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo, Cosac & Naify. 2003.

MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Orgs.). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 21-34.

RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1992.

SANTOS, M. *Território e sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 77-89.

SIMMEL, G. In: MORAES FILHO, E (Org.). *Coleção Grandes Cientistas Sociais*. São Paulo: Ática, 1983.

SOUZA SANTOS, B.. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1995.

TESSER, C. D. A Clínica, a Epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais. *Saúde em Debate*, n. 45, p. 38-42, 1994.

WERNECK VIANNA, L.; CARVALHO, M. A. R. *Experiência brasileira e democracia*. In: CARDOSO, S. (Org.). *Retorno ao republicanismo*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. São Paulo, n. 67, 2006.

Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros

WILZA VIEIRA VILLELA
ELEONORA M. OLIVEIRA

Introdução

Os seres humanos constroem suas identidades e práticas sociais a partir de se perceberem como homens ou mulheres, processo relacionado não à anatomia dos corpos, mas aos sentidos culturais, políticos e sociais atribuídos ao ser mulher ou homem, o *gênero*. Definindo dimensões da vida como o uso do corpo, do tempo, modos de expressão e pautas de comunicação, gênero é um poderoso dispositivo de organização da subjetividade e da vida cotidiana; conseqüentemente, também do processo saúde-doença.

Tendo em vista a importância da abordagem de gênero na formulação de políticas e programas em saúde, este texto busca refletir sobre as diferentes maneiras como esse conceito tem impactado, ou não, as ações de saúde em nosso país.

Para tanto é aberto um diálogo entre as proposições de integralidade contidas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, e alguns dos sentidos atualmente atribuídos à idéia de integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Toma-se como pressuposto que os conteúdos relativos à integralidade, no PAISM, buscavam operacionalizar a perspectiva hegemônica àquele momento sobre gênero e saúde, e que integralidade, hoje, estabelece fronteiras com as demais diretrizes do SUS, em especial a diretriz de equidade, na qual se situariam ações voltadas para a promoção da equidade de gênero.

É também assumido que as ações de saúde e o próprio sentido dos termos *saúde* e *ações de saúde* são dotados de historicidade e respondem tanto a condições materiais e políticas de ofertas de serviços, como a tensões e pressões de grupos organizados em torno de ideários específicos.

Neste sentido, a proposta de uma “abordagem de gênero” na saúde e os modos como isto deve ser operacionalizado também devem ser problematizados em função do contexto sócio-histórico que lhe dá origem. Na década de 80, a discussão que se iniciava sobre gênero e saúde no Brasil estava relacionada a uma agenda do movimento feminista, àquele momento muito expressivo no país e no mundo, em que o tema da saúde era prioritário, pressionando para uma revisão na atenção à saúde das mulheres no sentido de atenção integral, para além dos cuidados no ciclo gravídico puerperal. Na década de 90, a importância do movimento social de luta contra a Aids produziu uma importante inflexão no sentido de marcar, como abordagem de gênero, o reconhecimento da diversidade sexual, bem como a importância do reconhecimento das masculinidades e suas demandas específicas para a saúde. No século XXI, o enfrentamento da violência, em todas suas formas de expressão, vai permear as agendas dos diferentes movimentos sociais e entra na saúde articulado à discussão do gênero, na assunção de que a própria desigualdade de gênero é uma expressão de violência, tanto quanto a cultura de gênero favorece, de modo distinto, a exposição de homens e mulheres a eventos violentos.

Fugindo ao escopo deste texto e à competência de suas autoras qualquer tentativa de periodização ou mesmo uma análise exaustiva das inflexões que marcam uma dada agenda da saúde, o que se busca aqui é contribuir para um entendimento das possibilidades de contínua adequação das ofertas do SUS às necessidades de mulheres e homens concretos.

Gênero e saúde

A partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) o termo *gênero* ganhou espaço definitivo nos documentos e recomendações das agências internacionais voltadas para a saúde. O amplo uso desse termo assinala o reconhe-

cimento de que os sentidos socialmente atribuídos ao ser homem ou ser mulher determinam trajetórias de vida, estando assim inextricavelmente relacionados aos processos de adoecimento e morte. Ademais, o reconhecimento do gênero como um dos determinantes do processo saúde/doença sugere a necessidade de adequação das ofertas em saúde na perspectiva de entendimento sobre a produção da saúde e da doença.

Muito embora no contexto da CIPD o esforço para dar visibilidade à dimensão de gênero estivesse prioritariamente relacionado à necessidade de reduzir a desigualdade social das mulheres, condição básica para melhorar sua saúde, a característica relacional do gênero, bem como as inter-relações entre gênero, raça/etnia e classe social na produção social da saúde, são aspectos que não podem ser negligenciados. Deste modo, a elaboração de propostas para a saúde das populações deve levar em conta que homens e mulheres ocupam posições distintas e hierarquizadas na cultura. As marcas do gênero organizam o cotidiano de todas as pessoas, embora de forma diferenciada, em função dos demais determinantes sociais, como classe, raça/etnia, crenças culturais, religiosas e outros.

A incorporação da abordagem de gênero na saúde implica o esforço de desvendar como as idéias de *feminilidade* e *masculinidade* permeiam as práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre sua saúde. Dito de outra forma, a pretensão é de que as ações do diagnóstico e tratamento possam considerar que as dimensões biológicas, ou mesmo as “biopsicossociais” envolvidas na produção de doenças, queixas e sofrimentos são marcadas pelo gênero, matriz fundante de produção de identidade, de subjetividade e da sociabilidade dos indivíduos humanos. Do mesmo modo, seria esperado que ações de prevenção e promoção da saúde tivessem como eixos norteadores a reflexão e a crítica sobre o impacto das normas de gênero sobre a saúde. Isso facilitaria, no âmbito individual, a mudança de comportamentos que, enraizados nas perspectivas culturais sobre o masculino e o feminino, acabam por resultar em riscos ou danos à saúde dos sujeitos, e no âmbito coletivo, a elaboração de políticas, planos e programas que desafiem os padrões culturais tradicionais relativos aos sexos e promovam o empoderamento

individual, condição essencial para que homens e mulheres possam superar os aspectos opressivos da cultura de gênero.

Apesar das evidências cada vez mais numerosas da relação entre comportamentos baseados em estereótipos de gênero e um grande conjunto de agravos à saúde, a tradução da chamada “perspectiva de gênero na saúde” em ações e práticas não é simples, e tem instigado gestores, provedores e formuladores de políticas de saúde a buscar instrumentos diversos que os auxiliem no cumprimento dessa tarefa.

Gênero e atenção integral à saúde das mulheres

No Brasil existe um importante reforço para a incorporação da perspectiva de gênero nas práticas de saúde, na medida em que o SUS, criado pela Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, e instituído pela Lei nº 8.080, de dezembro de 1990, traz nas suas diretrizes a promoção de equidade, ao lado do acesso universal, da integralidade na saúde e das demais diretrizes.

O SUS é um sistema complexo, que busca combinar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Neste sentido, atender a todos, reduzir desigualdades sociais, permitindo que as populações excluídas tenham acesso à saúde e garantir resposta às diversas necessidades de saúde das populações requer, sem dúvida, a articulação e expansão das ações de saúde já tradicionalmente ofertadas pelo sistema. Entretanto, isto não é suficiente. A promoção da equidade exige um salto qualitativo no sentido de reconhecer fatores socioculturais envolvidos na produção do adoecimento de indivíduos ou grupos e buscar modos para sua superação. Isto implica necessariamente a identificação das maneiras como as normas de gênero impregnam o cotidiano das usuárias e também dos provedores, configurando queixas e respostas específicas.

No momento da formulação do SUS, suas diretrizes tinham por objetivo a contraposição ao modelo vigente de oferta de serviços de saúde, o qual privilegiava, para atendimento, os contribuintes da Previdência e seus dependentes, e algumas condições específicas, por exemplo, a atenção ao nascimento e a algumas doenças de relevância epidemiológica. No entanto, como esperado e, eventualmente, desejado, a natureza ampla e abrangente das diretrizes do SUS tem possibilitado o surgimento de demandas cada vez maiores e mais complexas.

Essa ampliação da demanda corresponde, por um lado, ao aumento das necessidades de saúde dos indivíduos, decorrente da sua maior longevidade, dos avanços técnico-tecnológicos da biomedicina e da maior quantidade de agravos identificáveis à saúde, quanto à própria dinâmica de expansão do sistema. Assim, propiciar acesso universal, equitativo e integral à saúde, hoje, significa reconhecer as diferentes necessidades das quais os diferentes homens e mulheres são portadores em função de suas distintas inserções sociais, laborais, orientações sexuais, estilo de vida e outras características. Significa também reconhecer que essas características operam distintamente sobre cada sujeito, em função do lugar que este ocupa na complexa trama da produção e reprodução das desigualdades sociais, na qual as desigualdades de gênero se incluem.

No que se refere à atenção à saúde das mulheres, anteriormente ao SUS, e mesmo com dez anos de precedência sobre a CIPD, a integralidade já estava definida como o marco orientador. De fato, ao incorporar o termo “integral” ao seu título, o PAISM antecede sua postulação como um dos princípios do SUS e coloca em pauta a necessidade de que a saúde das mulheres seja abordada a partir da compreensão do lugar que as mulheres ocupam nas relações sociais de gênero e as respectivas conseqüências para sua saúde.

A partir do posicionamento *político* de afirmar as mulheres como sujeitos, a idéia de integralidade contida no PAISM apontava para o fato de que as mulheres tinham necessidades específicas de saúde e que as ações de atenção materno-infantil realizadas pela rede pública de saúde na verdade tinham como foco a criança, tomando as mulheres como meras “incubadoras”. Ao lado da reivindicação de que os serviços deveriam ter ações de saúde específicas para mulheres nos diferentes ciclos de vida e organizar uma rede de referências que permitisse que as mulheres pudessem ter acesso a estruturas de maior complexidade quando necessário, na proposta do PAISM, integralidade também compreendia o desenvolvimento de práticas educativas a partir dos serviços de saúde e da atitude pedagógica dos profissionais, de modo que a mulher pudesse ter conhecimentos básicos sobre seu corpo e sua saúde, condição primária para um mínimo de autonomia. Ou seja, a perspectiva de assistência integral que norteia o PAISM inclui a oferta de ações voltadas explicitamente para o

empoderamento das mulheres, o que nas diretrizes do SUS pode ser interpretado como promoção de equidade.

Um último ponto que vale a pena considerar sobre a proposta do PAISM diz respeito à medicalização dos corpos das mulheres. A idéia de medicalização, que abrange a prescrição excessiva de medicamentos e procedimentos médicos, está relacionada à crítica feminista à “doentização” do corpo das mulheres, ou seja, a idéia de que o corpo das mulheres é frágil e potencialmente doentio. Esta idéia é considerada como um dos dispositivos mais vigorosos para a construção da superioridade masculina. Resistir à medicalização teria, assim, o sentido imediato de evitar uma iatrogenização desnecessária, o sentido político de recusa do uso dos corpos das mulheres como um meio de aumentar os lucros já enormes da indústria farmacêutica e também, de forma reiterativa, o sentido de afirmação da autonomia feminina e do direito ao próprio corpo.

O curto intervalo entre a formulação do PAISM e a criação do SUS, e o período também não muito longo que vai da criação do SUS até o momento atual foram pródigos em inflexões políticas, sociais, culturais e sanitárias, que, de diferentes maneiras, contribuíram para que a implementação do PAISM não ocorresse tal como previsto, em termos de consecução dos resultados esperados e também da sua priorização política.

No âmbito do SUS, pode-se, de acordo com Machado (2006), admitir três grandes movimentos, que, de alguma forma, constituíram-se em obstáculos para a implementação das diretrizes do PAISM: a descentralização, ou seja, as mudanças no modelo de gestão e financiamento do sistema; a implementação do Programa de Saúde da Família, estratégia utilizada pelo Governo federal para aumentar a cobertura de ações básicas para grupos populacionais específicos, crianças, mulheres e idosos, e ainda a organização do Programa Nacional de Aids.

Não sendo objeto deste texto a análise da contribuição de cada uma dessas circunstâncias no esmaecimento das proposições políticas do PAISM, cabe, no entanto considerar que nenhuma das três circunstâncias citadas trazia, intrinsecamente, algum impeditivo para que as ações voltadas para as mulheres fossem pautadas na perspectiva do seu empoderamento. Tendo o processo de descentralização um caráter basicamente gerencial, sua implementação poderia con-

templar a garantia de acesso e referência para níveis mais complexos do sistema, e mesmo a realização de ações básicas para a saúde das mulheres, o que não ocorreu. A necessidade de organização de campanhas de intensificação de coletas de Papanicolaou, e a posterior dificuldade de seguimento dos casos positivos, no final da década de 90, é um exemplo da morosidade do sistema em realizar ações básicas de atenção à saúde das mulheres não focadas especialmente na reprodução. Ao mesmo tempo, a persistência das elevadas taxas de óbito materno, sua ocorrência em ambiente hospitalar e as taxas de sífilis congênita, por exemplo, sugerem a insuficiência mesmo da atenção à saúde materna, pilar básico da saúde pública. Estes dois exemplos, escolhidos ao acaso, remetem às proposições da CIPD de que dotar a saúde de uma perspectiva de gênero implica reconhecer a prioridade social da atenção à saúde das mulheres e subordinar a organização da atenção integral à saúde a este reconhecimento.

Chama também atenção quando o Programa de Saúde da Família prioriza ações para mulheres no período reprodutivo – que, como foi visto, são essenciais mas limitadas, posto que restritas a um momento da vida das mulheres – e desenvolve programas de hipertensão e diabetes sem distinção das diferenças que existem entre mulheres e homens na história natural, vivência e manejo desses agravos. De fato, pesquisa realizada no Recife por Schraiber e colaboradores mostra “o quanto ainda devem ser trabalhadas as questões de saúde para incorporar a perspectiva de gênero e assim tornar o PSF mais próximo à tão almejada equidade” (SCHRAIBER, 2005, p. 57). Da mesma maneira, embora seja meritória a iniciativa de formulação de um plano para o enfrentamento da epidemia do HIV entre as mulheres, é surpreendente que isto só tenha ocorrido após mais de 15 anos de constatação de que a epidemia do HIV afeta diretamente as mulheres, e que um dos eixos principais do plano seja o fortalecimento das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres pelos serviços de saúde, ação já prevista pelo PAISM.

No que tange às condições de vida das mulheres, as principais mudanças ocorrem como decorrência de processos iniciados anteriormente, e diretamente relacionados à aceleração dos processos de industrialização, urbanização e aumento das bases sociais de produção e consumo, como a incorporação ao mercado de trabalho, a queda da

fecundidade, o aumento da escolarização, o aumento do número de divórcios e de famílias chefiadas por mulheres, o aumento da esperança de vida, com incremento da morbidade associada à maior sobrevivência.

A participação da sociedade civil organizada na proposição e monitoramento de políticas de saúde também se modificou, tendo havido deslocamento da agenda do movimento de mulheres para o combate à violência de gênero e à violência do racismo. Os temas de saúde sexual passam a figurar, juntamente com o tema da diversidade sexual e dos direitos humanos, na agenda do movimento de luta contra a Aids, segmento da sociedade civil que assume importante protagonismo no espaço de luta pela saúde. A discussão de saúde reprodutiva, que na década de 80 direcionou, em grande medida, a agenda feminista pela saúde, vai eleger como foco prioritário a discriminação e legalização do aborto, assumindo os direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos. Finalmente, a gestação entre os jovens aparece como tema relevante para a sociedade, para organizações não-governamentais e para profissionais de saúde, tanto como objeto de intervenção, de investigação ou de problematização sobre os modelos de inserção dos jovens nas sociedades contemporâneas.

Essas mudanças vão exigir do sistema de saúde constantes adequações da sua resposta. Em 2004 é proposta a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, que toma como elemento-chave a perspectiva de que num sistema descentralizado não é tarefa do gestor federal a formulação de programa, e sim de políticas; que, sendo propostas de forma ampla e abrangente, devem nortear, pelo gestor do nível local, a identificação das demandas e necessidades das mulheres na sua base territorial.

O texto desta política atualiza a idéia de integralidade, ao propor oito áreas de ação estratégica e oito grupos específicos de mulheres que devem receber especial atenção. A chamada “perspectiva de gênero” estaria contemplada nesta ampliação do leque de ações. Além disso, a política foi articulada com diferentes setores do Ministério da Saúde e com gestores estaduais e municipais, no sentido de assegurar a operacionalização de um sistema de referência e contra-referência que de fato possibilitasse o trânsito da mulher pelos diversos níveis de complexidade do sistema, quando necessário.

Práticas em saúde integral da mulher¹

As ações consideradas básicas em saúde são predominantemente voltadas para mulheres e crianças, e ocorrem em horários que dificultam a presença das mulheres que trabalham fora de casa. Como as mulheres também constituem o maior número de trabalhadores da saúde, em especial na atenção básica e em atividades não-médicas, tem-se que as unidades básicas de saúde sejam, em grande medida, um “espaço de mulheres”, embora não de qualquer mulher, e sim de mulheres pobres, cuja tarefa básica é cuidar: da casa, da família, de outras mulheres.

Considerar algumas das dimensões que permeiam o trabalho nesse nível de complexidade é um modo de aproximação da maneira como a dimensão de gênero é incorporada a algumas práticas de saúde. Por exemplo, existe a idéia de que o “postinho do SUS” é um lugar para quem não tem plano de saúde, aparentemente considerado como um modelo melhor, pela suposta facilidade de realizar exames complementares ou consultar um especialista. Mas o postinho também é o lugar de quem tem problemas variados e não-específicos, “queixas de mulher”, já que quem busca exames e especialistas sabe o que tem e o que quer. Frente à dificuldade de fornecer esse tipo de tecnologia, que é um dos grandes gargalos do sistema em vários municípios brasileiros, a trabalhadora oferece um tipo de tecnologia leve, o chamado “acolhimento”, que muitas vezes significa o reconhecimento das questões da vida/questões de gênero que dão forma à queixa de saúde. No entanto, a tecnologia do acolhimento não é sempre olhada como tal, tecnologia de gênero, que tem seus fundamentos num tipo de solidariedade que as mulheres desenvolvem a partir da sua condição comum de opressão, e que poderia ser um dispositivo precioso para ações de empoderamento e de busca de equidade de gênero. Ao contrário, o acolhimento é praticado como modo de “desafogar a demanda”, dando algum tipo de resposta provisória à usuária, na

¹ As reflexões aqui apresentadas tomam como referente empírico dados do projeto “A violência no atendimento às mulheres que sofrem violência”, desenvolvido sob coordenação da profa. Eleonora M. Oliveira, com apoio do CNPq, processo n° 402990 -2005/2006, edital SPMulheres/MCT/CNPq 45/2005, do qual participaram, além das autoras, as bolsistas Danila Cristina Paquier Sala, Lia Fernanda Pereira Lima, Luanna Nunes M. Cruz, Mariana Luisa Vieira Lima e Thais Fernanda Vieira.

impossibilidade de acesso ao que é realmente desejado e compreendido, tanto pela usuária quanto pela agente da saúde, como a essência da atenção à saúde: o atendimento médico, se possível um especialista que solicite exames.

Sem dúvida, uma dimensão importante da integralidade é o acesso a níveis de maior complexidade do sistema, não sendo lícito negar a uma pessoa, que deles necessite, os benefícios da tecnologia em saúde hoje disponíveis. No entanto, deve-se ponderar que procedimentos são de fato necessários para um bom atendimento à saúde, especialmente no caso das mulheres, em que o excesso de procedimentos acaba muitas vezes por reiterar a idéia de que os corpos femininos, e por decorrência as mulheres, são mais frágeis, complicadas e doentias. Paradoxalmente, existe um certo consenso não explicitado, de que, embora de fato o corpo das mulheres seja “difícil”, porque gera e “tem tudo escondido”, o principal problema de saúde das mulheres é o nervoso.

Cabe ressaltar que as ofertas em saúde mental em unidades básicas de saúde são limitadas e, quando existem, são decorrentes do interesse ou disponibilidade de algum profissional específico, não havendo fluxos ou rotinas previstas para o atendimento das questões emocionais que atravessam a vida das usuárias. Nos primórdios do movimento feminista, era muito enfatizada a promoção de grupos de reflexão para mulheres, estratégia desmedicalizada que permitia às mulheres entrar em contato com seus problemas e analisá-los do modo crítico, por referência às ambigüidades que marcam as demandas da sociedade feitas às mulheres e à sobrecarga de trabalho que lhes é atribuída. Práticas semelhantes foram incorporadas por serviços de saúde, em especial no atendimento a mulheres vítimas de violência, que muitas vezes expressavam sua dor por meio de queixas vagas ou sintomas somáticos de repetição, o que demonstra a viabilidade de uma resposta efetiva, que reconheça a dor e o sofrimento sem transformá-los em doença.

Outro ponto que merece reflexão é o fato de os serviços de saúde ainda não terem incorporado fluxos e rotinas mais adequados às mulheres trabalhadoras, em que pesem a maciça inserção de mulheres no mercado e as diretrizes do SUS de garantir acesso amplo à saúde. Vale lembrar que a atividade que mais emprega mulheres no

país é o trabalho doméstico, responsável por 18,2% da ocupação feminina em atividade remunerada. Isto significa que certamente parte importante das usuárias das unidades básicas de saúde atua como empregada doméstica. Tal situação deve ser pensada no que diz respeito à sua possibilidade, como também para qualquer outra trabalhadora, de comparecer às consultas, que ocorrem durante a sua jornada, com a particularidade de que a empregada costuma ser a única responsável pelas tarefas cotidianas de um domicílio e que de alguma forma as pessoas da família dependem delas para desempenhar suas atividades. E a maior proximidade com os patrões, que em outros tipos de trabalho termina por permitir pressões para que a consulta seja rápida e que não ocorram muitas faltas ao trabalho por motivo de saúde e também por gerar ansiedade.

O emprego de mulheres na prestação de serviços domésticos e a baixa valorização dada a esse trabalho é um dos exemplos mais contundentes de desigualdade de gênero. Entendido como “pendor natural” das mulheres, o trabalho doméstico, ao ser desempenhado por mulheres, não é visto exatamente como trabalho ou atividade que, como qualquer outra, exige competências e habilidades específicas. É entendido que as mulheres já nascem “sabendo” executar tarefas domésticas, o que possibilita reprimendas e humilhações quando estas não são realizadas a contento, oposto que isto é interpretado como descuido ou má-vontade.

Reproduzindo esse tipo de estereótipo, os serviços da saúde não incorporam em suas diretrizes diagnósticas os agravos relacionados ao trabalho doméstico, nem os reconhecem de modo adequado, embora identifiquem os agravos à saúde mental das mulheres decorrentes da violência moral e também algumas vezes psicológica ou física, de que são objeto as trabalhadoras domésticas.

Como último ponto neste tópico, chama atenção que as ações programáticas realizadas nas unidades básicas de saúde incluem a assistência ao nascimento e ações de controle de hipertensão e diabetes, definidas a partir da sua relevância epidemiológica e boa resposta à ação de serviços nesse nível de complexidade.

Sem negar a importância desses agravos, seria interessante considerar a diversidade de perfis reprodutivos e padrões de envelhecimento no Brasil. A taxa de fecundidade das mulheres brasileiras é

bastante variável, sendo influenciada pela escolaridade e local de moradia das mulheres, do mesmo modo que os níveis de longevidade (CAVENAGHI, 2007). Obviamente, a redução da fecundidade das mulheres não deve se constituir, sob hipótese alguma, em motivo para que sejam reduzidas ou negligenciadas as ações de atenção ao nascimento, até porque estas ainda deixam a desejar. A tarefa social da reprodução biológica que as mulheres desempenham tem importância política e econômica para os Estados, devendo, portanto, ser apoiada. Entretanto, as necessidades de saúde das mulheres, em especial em contextos de maior longevidade, extrapolam em muito suas necessidades reprodutivas. Existe hoje nos serviços básicos de saúde um grande número de mulheres entre 50 e 60 anos, com queixas interpretadas pelo serviço como relacionadas ao climatério, que não encontram uma resposta programática para sua demanda.

Por último, em que pese as discussões sobre masculinidade, as reflexões sobre a falta de acesso à atenção básica à saúde pelos homens, e ainda a as evidências sobre os agravos à saúde dos homens relacionados à imposição de normas de gênero, também opressivas, pouco se tem caminhado nesta direção. Não sendo possível ou desejável formular uma proposta de “Saúde Integral dos Homens” nos mesmos moldes que é pensada uma saúde integral para as mulheres, este é um tema que tem lamentavelmente ainda em ficado circunscrito a poucos serviços e investigadores.

Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros

A importância que tem sido dado às ações voltadas para as mulheres, no escopo da chamada “abordagem de gênero na saúde” é, sem dúvida, redutor, pois desconsidera que os homens também se incluem na trama do gênero, que isto lhes traz agravos específicos à saúde, e que, numa relação, a mudança ocorre no movimento de ambos. No entanto, a partir dos pequenos exemplos que apresentamos acima, é possível verificar que a tradução da abordagem de gênero na saúde em ações de saúde integral da mulher também exigiria avanços e adequações.

De fato, a idéia de integralidade passa a compor o cotidiano do trabalho em saúde mais a partir da sua incorporação no texto do SUS que da sua inauguração pelo PAISM, assumindo sentidos

múltiplos e heterogêneos, como tem sido bem documentado por diferentes autores. Para alguns, por exemplo, a idéia de *integralidade* estaria pensada no sentido de realização de ações de prevenção e promoção de saúde, com atividades extramuros de caráter educativo, perspectiva que, embora interessante, não esgota a riqueza de propostas que o convite, em aberto, a uma ação integral, integralizante e integralizada, pode inspirar. Para outros, a integralidade repousaria sobre a efetividade dos fluxos de referência e contra-referência. Embora esta seja de fato uma dimensão essencial, o risco, como foi visto, de esta dimensão eclipsar as demais possíveis alternativas de uma abordagem “integral” é bastante concreto.

Há ainda os que falam de integralidade como a realização de políticas e programas intersetoriais amplos, que possam incidir sobre os determinantes sociais da saúde, como pobreza, desemprego e falta de informação, fatores considerados responsáveis pelos principais agravos à saúde da população. Vale ressaltar que nesse tipo de assertiva raramente são explicitadas as desigualdades de gênero ou a discriminação social das mulheres, em que pese o reconhecimento de que a mudança da condição social das mulheres exige políticas específicas, não sendo suficientes, embora essenciais, intervenções sobre os determinantes sociais de saúde, que não focalizem de modo particular ações voltadas para o empoderamento das mulheres e também para mudanças de mentalidades em termos das relações de gênero.

No que se refere à saúde das mulheres, o ideário da integralidade, em qualquer das acepções apontadas, acaba por privilegiar ações de atenção ao nascimento, ou seja, a um outro, feto ou recém-nascido, não à mulher como sujeito. Mesmo algumas atividades extramuros que passaram a ser feitas no contexto da epidemia do HIV – por exemplo, programas específicos de prevenção e cuidado para mulheres trabalhadoras sexuais – tomam esta mulher mais enquanto um vetor da epidemia do que como uma cidadã com direito à saúde. De fato, são poucas as estratégias articuladas nos serviços básicos de atenção à saúde voltadas para a busca ativa de diagnósticos de questões que, tanto quanto as reprodutivas, permeiam a vida das mulheres, como problemas relacionados à sexualidade, ao trabalho, à saúde mental ou à violência doméstica.

Quando, de modo espontâneo, surgem queixas relacionadas a esses temas, na falta de fluxos ou protocolos estruturados para sua abordagem, as respostas são diversas em conteúdo e em efetividade. Esta não-formalização das ofertas de saúde para mulheres para além da dimensão reprodutiva mantém na invisibilidade questões importantes como os impactos sobre a saúde das diferentes formas de violência, por exemplo, e reforça alguns dos estereótipos de gênero que mais têm contribuído para a opressão das mulheres. Dentre estes, citamos a idéia de que a capacidade de reproduzir é uma dádiva, e que, em função de a mulher ter um corpo com a possibilidade de gerar, ela deve aceitar e se submeter às condições concretas, extremamente desfavoráveis, que são necessárias para que esta atividade social – a reprodução – seja desempenhada: parceiros violentos, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, dentre outras.

Reis e Andrade (2006), estudando as representações sociais de enfermeiras sobre integralidade, afirmam que essas profissionais têm uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, ainda pautada nas queixas físicas, e trabalham de forma individualizada, entendendo que o serviço não está organizado para atingir a integralidade na assistência. Os argumentos que buscamos esboçar no presente artigo apontam para a mesma direção, sugerindo que a radicalidade política na qual se baseou a primeira proposta de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi-se diluindo com o passar do tempo, dando lugar a interpretações que, mesmo mais facilmente operacionalizáveis do ponto de vista da saúde reprodutiva, ainda assim nem sempre são implementadas com facilidade.

Reconhecer a importância de uma abordagem em saúde que considere os seres humanos como entidades complexas, marcados pelo gênero e pelos demais operadores de desigualdades sociais, não deve confundir-se com uma postura saudosista, de buscar retroagir a história a 30 anos atrás e reerguer as mesmas bandeiras. Até porque isto não é possível. O caminho que buscamos esboçar neste texto, ao contrário, é um convite a uma reflexão que atualize os termos do debate sobre gênero e saúde, inspirado pela abertura oferecida pela polissemia da idéia de integralidade. É também um convite para que se continue o questionamento crítico, inaugurado pelo movimento feminista, sobre as identidades em movimento que se forjam nas

dinâmicas confluências entre gênero e sexualidade,² e as demandas que os sujeitos trazem para a saúde.

É, portanto, o reconhecimento da inocuidade de qualquer pretensão de volta ao passado, até porque é este que possibilita a germinação das idéias presentes, e da necessidade de uma atualização crítica das demandas de saúde de mulheres e de homens, em toda sua diversidade e complexidade, de modo a construir novos paradigmas para uma saúde que se pretende não apenas tratar doenças, mas também produzir felicidade.

Referências

- AGUILERA, C. E. C. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- ALMEIDA, M. F. *et al.* Prevalence of self reported chronic diseases and health services consumption from the National Household Sample Survey of 1998 in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, 2002.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de Enfrentamento à Feminização das DST e Aids*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: MS, 2004.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acessado em: 22 mar. 2007.
- CAMPOS, G.W. S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- CAVENAGHI, S. *Contribuições às políticas de planejamento reprodutivo no Brasil*. In: SEMINÁRIO “CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL”. Rio de Janeiro, 24 ago. 2007. Rio de Janeiro: Abrasco/ABEP, 2007.
- COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: UnB, 2000. p. 181-202.
- KAROLINSKA INSTITUTE. *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exist and how we can change it*. WHO Commission on Social Determinants of Health. Final report. September, 2007.

² Agradeço esta provocativa lembrança a Roseni Pinheiro, estimando ser possível aprofundar o tema em algum trabalho posterior.

LAGO, T. *Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998 a 2002*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica*, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

OLIVEIRA, E. M.; E VILLELA, W. O campo da Saúde Coletiva à luz das relações de gênero: um diálogo difícil e conflituoso. In: SWAIN, T.; MUNIZ, D. (Orgs.). *Mulheres em ação*. Belo Horizonte: Editora das Mulheres, 2005.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Escritório Brasil. *Trabalho doméstico e igualdade de gênero e raça: desafios para promover o trabalho decente no Brasil*. Brasília: OIT, 2005.

PINHEIRO, R. Integralidade e prática social. Entrevista dada ao *BoletIn* Integralidade e saúde. Disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infol=162&sid=25>. Acessado em: 25 out. 2007

REIS-REIS, C. B.; ANDRADE, O. S. M. Representações sociais das enfermeiras sobre integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, n. 37, 2007. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/index.php>. Acessado em: 24 out. 2007.

SCHRAIBER, L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano nas práticas no Programa Saúde da Família no Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: o Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

SENNA, D. M. O sofrimento psíquico feminino e as práticas de saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo São Paulo, 2000.

VILLELA, W.; DORETO, D.T. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2.467-2.472, nov. 2006.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: _____. (Orgs.). *Gênero e saúde: o Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Gender analysis in health: a review of selected tools*. Geneva: WHO, 2002.

PARTE V

Humanização, avaliação e organização de serviços



Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção

PAULO HENRIQUE MARTINS

Introdução: humanização – para quê? E para quem?

De que humanização se fala quando se pensa nos cuidados em saúde? E para quem tal humanização está voltada? Aparentemente óbvio, o termo *humanização* abre-se, na verdade, para uma variada série de leituras que precisam ser clarificadas, pois tanto podem contribuir para reforçar positivamente o paradigma de promoção da saúde como, no lado contrário, para confundir sua operacionalidade. No nosso entendimento, a luta pela Reforma Sanitária nas últimas décadas tanto se beneficiou da expressão *humanização* – vista como reforço de uma medicina de bem-estar voltada para o resgate dos cuidados interpessoais – como tem conhecido, na conjuntura, crescentes dificuldades de avanço, pelo fato de que a humanização é uma bandeira que, a partir de um certo grau de concretude, pode ser usada em sentidos diferentes nem sempre favoráveis à humanização, como veremos.

Desde logo, duas linhas de reflexões devem ser propostas: uma delas tem a ver com a questão de saber se podemos falar de humanização sem nos referirmos ao termo *desumanização*; a outra remete a saber quais as noções de humanização em voga para que possamos escolher aquela que tem mais pertinência ética e política.

O termo *humanização* aparentemente é óbvio tanto por causa de seu registro moral intrínseco – o que é próprio do ser humano, logo algo positivo – como pela associação automática que se faz entre aquilo que se considera humano e a visão cristã e bondosa do humanismo, que nos foi passada na educação escolar e religiosa. Humanização, assim,

significaria sempre algo bom, uma ação qualquer voltada para a melhoria do ser humano, ou melhor, da alma humana, visto que o corpo sempre é um problema para a humanização espiritual, conforme nos lembra Santo Agostinho nas suas *Confissões* (SANTO AGOSTINHO, 1956). Mas é de se perguntar sobre a legitimidade desta associação entre o humanismo cristão – que implica uma leitura moral e anímica da produção cultural do Homem – e o humanismo na Ciência, em particular na prática científica e sanitária que busca reunificar corpo e alma numa compreensão integral do Homem.

De fato, a leitura secular do humanismo é mais complexa que aquela que se reproduz pelo senso comum e que identifica peremptoriamente o humano ao bem. Se nos prestarmos a uma rápida olhada em nossas memórias e nos principais fatos históricos da modernidade – a colonização, as guerras, os extermínios, a desigualdade e a exclusão, a devastação do meio ambiente, as ditaduras, entre outros – não encontramos argumentos sólidos que justifiquem uma interpretação otimista do termo *humanização* e que se prestaria para ratificar a noção predominante no senso comum.

No plano histórico mais geral, ao se fazer uma retrospectiva do projeto de humanização do mundo pelo Ocidente, podemos obter uma outra leitura pela qual fica evidente a associação do termo com a colonização: à luta dos europeus contra as nações indígenas do continente americano ou contra as civilizações de agricultores, de artesãos e de nômades da África e da Ásia. O termo *humanização* também relacionado à luta pelo controle das terras, dos minérios, da força de trabalho escravizada, das águas e das riquezas, pois tudo isso foi feito pelo Homem.

Pensando no caso do Brasil, diríamos que a atual ocupação econômica da Amazônia que tem sido realizada a custo de perdas da reserva florestal é a prova mais cabal de tal processo de humanização. Afinal, o desmatamento e a expansão da pecuária na região são produtos da humanização. Ou seja, ao analisarmos mais detidamente as condições de vida do planeta, na atualidade, podemos invocar argumentos consistentes para defender uma tese contrária à da visão humanista do senso comum. Pode-se reler a expressão como algo negativo, como expressão legítima da ação depredadora do Homem na sua trajetória antropocêntrica.

No campo da saúde, tal projeto de humanização, fundado nesta perspectiva ambígua, revela-se em várias ações ditas humanizantes. Assim, ao lado das práticas de saúde sérias e comprometidas com a busca de valorização do ser humano conforme proposto pelo novo paradigma da promoção, encontram-se medidas paliativas e superficiais como, por exemplo, os programas de melhoramento de infra-estruturas e de ordem logística, como pinturas de áreas de emergência, climatização de enfermarias e consultórios; também nas lutas sindicais recorre-se ao humanismo para se defender bandeiras corporativas, como ampliação dos orçamentos de saúde e aumento salarial; e nas lutas dos consumidores, o termo *humano* serve para se denunciar os abusos econômicos de planos de saúde e de empresas fornecedoras de serviços, entre outros. Muitas vezes, programas de saúde voltados para reformas de fachada reproduzem a associação da humanização com as idéias de limpeza e de pureza, que não deixam de lembrar a conotação moralista e dualista atribuída pelo cristianismo tradicional ao ser humano pelos termos *alma pura* e *corpo impuro*.

Resgatando esta discussão para o objeto central de nosso texto, devemos então concluir sobre a impossibilidade de se discutir avaliações de ações em saúde e humanização de cuidados se não começamos a discutir mais claramente, e em primeiro lugar, que uso concreto o movimento de saúde pretende fazer dessa expressão. Neste sentido, propomos uma outra reflexão sobre o seu uso nas ciências sociais em saúde que resgate a humanização como fator de mobilização política e ética, leitura que serviu claramente para que o movimento sanitário assegurasse sua luta em favor da medicina social e pública.

Podemos, desde já, perguntar sobre o que não é da ordem do humano que precisa ser humanizado. Pois se estamos falando do desafio de humanizar, isto significa que existem áreas que ainda não foram humanizadas, que não são humanas ou suficientemente humanas. Seria por acaso os ambientes de trabalho ou as enfermarias dos hospitais que não são suficientemente humanos? Ou as tecnologias adotadas no campo da saúde, que não sendo as de última geração, não seriam humanas? Ou, no lado contrário, que por serem tais tecnologias muito sofisticadas, dispensando a ação do homem, passariam, por conseguinte, a ser desumanas? Ou os salários dos profissionais da saúde, que por não atenderem a suas expectativas ideais,

não seriam humanos? Ou então as ações beneficentes que não seriam suficientemente altruístas? Mas neste plano de análise podemos igualmente perguntar, em outra linha de reflexão, se os custos dos equipamentos, dos medicamentos, dos planos de saúde e das consultas médicas são humanos. Pois se os preços de tais produtos médicos absorvem grande parte da renda do trabalhador, então há algo que não é suficientemente humano e que precisaria ser humanizado. Tal humanização passando por medidas várias, a começar pela diminuição do preço final ao consumidor de bens de saúde como remédios, consultas, exames e planos de saúde, medidas que sem dúvida seriam vistas como prejudiciais à liberdade dos produtores de serviços e, logo, tidas por eles como desumanizantes.

Como se pode depreender destas primeiras reflexões, o termo *humanização*, além de muito vago, se legitima numa acepção moralista de bondade que não tem referência empírica clara no mundo da vida, pelo menos nos tempos atuais. Se ele foi válido num momento da luta pela Reforma Sanitária e de implantação do SUS, como já foi dito, é de se reconhecer que no atual contexto ele necessita ser ressignificado do ponto de vista teórico e político.

Considerando a diversidade de acepções que trazem mais confusões que esclarecimentos, é necessário avançar, então, na construção de um uso específico do termo humanização que permita melhor compreender o valor do cuidado no contexto de promoção da integralidade em saúde. Nesta direção propomos, a seguir, se repensar o termo *humanização* a partir da contribuição da fenomenologia e do resgate do sentido da ação humana, sentido que não pode estar desvinculado de um entendimento ao mesmo tempo cognitivo, emocional e ético da vida.

Resgatando o sentido fenomenológico do termo *humanização*

Por trás desta confusão semântica, há uma exigência teórica relacionada com o sentido da ação humana, devendo a mesma ser explicitada para poder se pensar novos usos do termo *humanização* nas políticas de atenção e de cuidados. Essa confusão semântica tem implicações de ordem filosófica e epistemológica, na medida em que as representações dualistas e simplificadoras a respeito da relação entre sujeito e objeto, ou então entre cultura e natureza, colocam

problemas para uma compreensão mais integral do ser humano e de seus modos complexos de perceber a vida como uma experiência de integralidade, o que já foi colocado em momentos diversos por autores como Husserl (2002), Merleau-Ponty (1999) e Morin (1990).

A filosofia crítica do século XX chama a atenção sobre os fundamentos errôneos da ciência moderna produzidos pelo cartesianismo, ao buscar separar metodologicamente – e arbitrariamente – o Sujeito e o Objeto do conhecimento. Ao fazer esta operação para justificar a separação e autonomia do pensamento científico ocidental com relação à Igreja medieval e aos dogmas religiosos (MARTINS, 2003, p. 106), o cartesianismo promoveu no mesmo movimento uma figura teórica ilusória – a representação dual do ser humano – que trouxe prejuízos reais na compreensão do objeto na sua complexidade e na sua integralidade. Nesta operação foi dividido o que era indivisível – a saber, a relação entre conhecimento e experiência, entre pensamento e ação. Na ciência este “dualismo metodológico” contribuiu para imunizar o cientista com relação à influência do ambiente (social, cultural), na tentativa inútil de evitar que ele fosse contaminado pelo “lado de fora”.

Tal dissociação metodológica entre o sujeito e o objeto do conhecimento tem sentido, reconheça-se, quando se pensa no funcionamento dos laboratórios científicos e da necessidade de se isolar o fenômeno observado para melhor se conhecer suas reações a partir de experimentações repetidas. Ela é complicada, todavia, no campo das ciências humanas e sociais, quando se sabe que o objeto da investigação é o próprio sujeito e que toda tentativa de objetivar a experimentação científica a partir do distanciamento – mediante usos de métodos estatísticos e matemáticos – do observador-pesquisador com relação ao objeto-pesquisado é arbitrária. Como é possível que o pesquisador, sociólogo ou antropólogo, por exemplo, construa hipóteses de trabalho e use métodos de investigação que o mantenha neutro em face da comunidade ou da cultura onde ele nasceu e onde vive? Como assegurar objetividade se a atividade mental, como nos lembra o biólogo Rupert Sheldrake, não existe apenas no interior do cérebro e que nossas intenções sempre ultrapassam nosso corpo físico, enraizando-se em pessoas, coisas e lugares do mundo exterior em resposta a nossos amores, desejos, deveres, ambições, ideais –

enfim, às injunções dos campos mórficos onde somos germinados e onde vivemos? (SHELDRAKE, 2004, p. 281).

Na saúde tal separação ainda é mais problemática, quando nos detemos para verificar que a máxima cartesiana do “penso, logo existo” tem duas implicações práticas: uma delas, a desvalorização do conjunto do aparelho sensorial para se privilegiar o olhar, supondo-se que a visão oferece uma segurança na observação da realidade que faltaria às demais funções sensoriais. Este limite foi ressaltado pioneiramente por Merleau-Ponty (1999) na sua crítica ao objetivismo cartesiano, sendo mais tarde aprofundada por Le Breton (2003), ao demonstrar que no discurso científico contemporâneo o corpo é tomado como simples suporte da pessoa. Este recorte epistemológico teve impacto direto na inovação tecnológica, tanto na hipervalorização dos instrumentos mecânicos de controle visual disseminados nos laboratórios, como na desvalorização da função sentimental e emocional (Le BRETON, 2003; MARTINS, 2007).

A outra implicação prática diz respeito ao fato de que o conceito cartesiano de sujeito – ratificado pela idéia de Razão [Cognitiva] no Iluminismo – implica uma separação artificial entre, de um lado, a atividade mental e, de outro, a corporal, gerando uma representação distorcida do sujeito humano. Pois ao se aplicar a grade de leitura dualista do cartesianismo ao próprio ser humano – a da separação metodológica entre o sujeito e o objeto –, estabelece-se uma dicotomia entre, de um lado, a mente pensante, e de outro, o corpo maquínico e não-pensante. Esta imagem é esquizofrênica, pois o ser humano não se representa na sua integralidade, mas numa imagem dual e partida de si mesmo. Valoriza-se, por conseguinte, tudo que seja da ordem da mente controladora – a razão instrumental –, e desvaloriza-se o que seja da ordem do corpo e do sentir o mundo – a razão expressiva – que, no entanto, como diz a filosofia moral contemporânea, é fundamental para se pensar a identidade moderna e a própria compreensão da razão cognitiva (TAYLOR, 2005).

A expressão *humanização* é, logo, ambígua no plano sociológico, epistemológico e histórico-antropológico. No sociológico, devido aos inúmeros usos – muitos deles contraditórios – que se faz dela, usos que se revestem de um verniz moralista, pela associação do termo com a idéia cristã de bondade. No plano epistemológico, essa ambi-

güidade se revela pela separação acima lembrada entre sujeito e objeto, que no sentido mais amplo reflete a separação entre cultura e natureza.¹ Tal separação é maniqueísta também por supor no plano histórico-antropológico que o surgimento da Cultura demarcaria um corte radical na relação do Homem com a Natureza. A Cultura, segundo os pensadores modernos influenciados pelo cartesianismo, demarcaria os dois lados do rio: num deles o Homem racional produzindo, supostamente, os objetos culturais em sã consciência, e no outro lado, a Natureza – envolvendo os demais seres vivos e tudo o mais –, que seria irracional, o que justificaria, por conseguinte, sua submissão à ação racional e técnica para se humanizar.

Esta separação inicial formulada pelo pensamento científico moderno foi desdobrada em várias outras divisões, com implicações morais importantes na organização do imaginário cultural e intelectual ocidental. Influindo nas representações e separações entre magia e laicismo ou entre ciência e religião (WILBER, 2001) ou, então, na separação, de certo modo arbitrária, entre a medicina alopática e as demais medicinas (homeopatia, medicinas domésticas etc.) vistas como tradicionais e pré-modernas (MARTINS, 2003). No imaginário ocidental, várias imagens foram invocadas, sempre de modo pejorativo, para designar o que seria a face obscura e irracional da vida moderna (as emoções, os sonhos, os desejos, o feminino, os negros, o meio ambiente etc.) e que por seu suposto caráter não-civilizado deveriam ser objeto de colonização pela ciência moderna.

Todas essas complicações metodológicas e epistemológicas sobre a relação entre humanização e re-humanização, levaram-nos, por prudência, a preferir intitular nosso livro sobre as mudanças no campo médico de *Contra a desumanização da medicina* (MARTINS, 2003). A definição de um texto sobre humanização pela sua negação nos pareceu o caminho mais coerente e claro para se abordar o tema das mudanças em curso do campo médico que se fazem, atualmente, em ritmo trepidante sob as pressões do utilitarismo mercadológico, por um lado, e da luta a favor do pluralismo na saúde, por outro.

¹ Diga-se de passagem que esta separação metodológica não é apenas um artifício científico, mas tem usos políticos claros ao justificar a superioridade cultural do colonizador europeu sobre as demais culturas atingidas pela colonização planetária.

Mas, então, pergunta-se, o termo *humanização* está condenado? Não se pode fazer um uso politicamente favorável dele? Cremos que sim, e neste sentido vale a pena lembrar que os avanços do movimento sanitário resultam, de certa maneira, da associação entre humanização com política pública e social e com democratização dos processos decisórios e participativos. Gostaria de avançar nesta direção, pois ela é profícua para aprofundarmos as virtudes e dificuldades de implantação de ações em saúde integralizadas, no plano local. Mas esta revisão tem que se fazer em primeiro lugar no nível epistemológico, com o resgate do valor da experiência vivida na organização das representações e práticas de saúde. Aqui, Merleau-Ponty oferece-nos a saída adequada para a revisão epistemológica e metodológica, com sua noção de “sentir total”, que resulta de sua crítica ao dualismo cartesiano acima discutido. Diz o filósofo:

tudo que sei do mundo, mesmo pela ciência, eu o sei a partir de um olhar próprio ou de uma experiência de mundo sem a qual os símbolos das ciências nada significariam. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido e se nós quisermos pensar a própria ciência com rigor e apreciarmos exatamente seu sentido e alcance, precisamos, primeiramente, despertar esta experiência do mundo com relação à qual a ciência constitui uma expressão secundária (MERLEAU-PONTY, 1999: II, III).

A proposta merleau-pontyana do sentir total implica, como a própria expressão sugere, o resgate tanto do conjunto do aparelho sensorial como das emoções e sentimentos – que tinham sido desvalorizados no antigo paradigma cartesiano. Resgate a ser realizado não de forma abstrata, mas nas práticas do cotidiano, das relações face a face, na luta pelo reconhecimento e pelo direito universal de todos os seres vivos à existência.

A valorização da relação entre humanização e política pela integralidade é decisivo para se tirar este termo do plano da retórica e para se favorecer seu uso na prática, o que vem sendo feito com certas dificuldades. Nos estudos de campo que temos realizado com ações territorializadas de saúde, observamos que o paradigma da promoção é mais retórico que efetivo. Por um lado, as relações nas unidades de saúde que implantam os programas de saúde da família – um dos ícones da Reforma Sanitária – terminam reproduzindo as hierarquias de poder entre médicos, enfermeiras, assistentes sociais e clien-

tes, agora ampliadas com a inclusão do agente de saúde. Por outro, as relações entre agentes e usuários são marcadas por desencontros e indefinições sobre direitos e responsabilidades mútuas.

Por onde caminha a integralidade na ação pública em saúde? Estudo de caso da Vila União

As informações a seguir resultam de uma atividade com grupos focais que realizamos como parte de uma pesquisa maior, intitulada *Redes Sociais e Saúde*, envolvendo quatro cidades de médio porte do país (Recife, Fortaleza, Campinas e Porto Alegre), entre 2005 e 2007. A pesquisa com grupos focais teve lugar na unidade de saúde de Vila União, pertencente ao IV Distrito Sanitário da Cidade do Recife.² Iremos utilizar o material dos depoimentos das agentes de saúde para analisar como o princípio da integralidade aparece no desenvolvimento das ações de saúde no plano local, assim como buscaremos expor os conflitos mais recorrentes, as dificuldades de realização de operações de integralidade e também algumas pistas para encaminhamento de soluções.³

Pretendemos subdividir esta reflexão em duas partes: uma sobre a integralidade no interior do aparelho estatal, envolvendo os responsáveis pela ação pública em saúde em dois níveis: um nível, o das relações dos agentes entre si, e outro, o destes agentes com superiores hierárquicos como médicos e enfermeiros. A outra parte da reflexão refere-se às relações entre Estado e sociedade civil, que no caso específico aparece pelas interações entre agentes e usuários, enfatizando as percepções dos agentes sobre a ação de saúde na comunidade.

a) Percepções dos agentes de saúde sobre os relacionamentos no interior do aparelho estatal

As percepções que os agentes fazem de sua profissão conhecem determinações que escapam em geral da consciência coletiva e individual dos protagonistas. Em se tratando de pessoas que conhecem

² A pesquisa *Redes Sociais e Saúde* contou com financiamento do Ministério da Saúde e do CNPq, tendo-se desenvolvido entre os anos de 2005 e 2007.

³ Desde logo, é necessário prevenir os leitores de que essas afirmações são contextuais e sua generalização deveria implicar pesquisas comparadas de modo a se observar elementos comuns e particulares entre diversas situações analisadas.

um sentimento constante de precariedade, é natural que suas percepções tendam a reforçar o valor do vínculo profissional, na medida em que o trabalho não apenas é fonte de renda como de reconhecimento social. Mas nos grupos focais essas limitações dos processos de apreensão do cotidiano fornecidas pela precariedade não são um impedimento para se compreender que entre os silêncios, risos, suspiros e lágrimas, tonalidades diferenciados da fala, posturas corporais, entre outros signos, o mundo real revela-se na sua totalidade, como fato social total, como o diz Mauss (2003).

Observamos, por exemplo, que a satisfação com o trabalho é uma representação que camufla um sentimento de incerteza estrutural, que é a base de uma cultura ambígua que atravessa tanto as práticas intragovernamentais como aquelas externas às atividades de governo. Assim, através de algumas falas das agentes comunitárias de saúde (ACS), foi possível perceber que as mesmas possuem uma experiência organizacional culturalmente flexibilizada pelas ambigüidades dos relacionamentos entre o Estado, a sociedade civil e a família. As separações entre as esferas públicas e privadas não são tão bem delimitadas, confundindo-se assim as práticas afetivas e funcionais.

Há uma clara intenção, revelam os depoimentos, de legitimar as colegas da mesma equipe, não em razão das competências técnicas, o que seria de se esperar no setor estatal, mas em razão da possibilidade de se fortalecer vínculos de amizade que se sobrepõem aos vínculos funcionais.⁴

Eu tenho assim um relacionamento muito bom com todo mundo, eu não tenho essa dificuldade. São quatro equipes, mas eu me relaciono com todas porque não sei se é o correto, mas eu procuro mais assim [...]. Porque eu adoro fazer amizade, conversar, então se não puder ajudar eu prefiro ficar calada, eu procuro desempenhar o melhor possível para não ter problemas no ambiente de trabalho, gosto muito assim de ser amiga [...] as quatro equipes eu me relaciono bem com eles, gosto (ACS A).

⁴ Os depoimentos seguintes foram obtidos através do instrumento inicialmente lembrado e denominado: Mapa de Relacionamento Afetivo. A técnica consiste em estimular os entrevistados a organizar sua estrutura de relacionamentos a partir da identificação das pessoas que compõem seu universo de convivência tanto na vida privada como no espaço de trabalho, delimitando, no possível, o nível de afetividade (alto, médio ou baixo) dos entrevistados com as pessoas de seu círculo.

A idéia de conflito é vivenciada como uma experiência negativa, como algo que pode ser superada pelo reforço dos vínculos de amizade. É o que podemos deduzir do seguinte depoimento da agente entrevistada ao explicar como construiu seu mapa de relacionamentos:⁵

Bem perto de mim eu coloquei minha equipe de trabalho; a gente é uma equipe, mas a gente é unida, a gente supera nossas desavenças, nossas brigas, e isso faz parte de família, de amigos, né? Ai, coloquei (a equipe) bem próximo a mim. E no nível médio coloquei os usuários [...]. (ACS A).

No que diz respeito ao impacto da hierarquia funcional no mapa de relacionamento afetivo, percebe-se que as distâncias funcionais tendem a influir sobre os graus de aproximações afetivas. No preenchimento do mapa de relacionamentos, uma outra agente disse o seguinte:

Ai eu botei a médica um pouquinho afastada porque não é só a minha equipe são várias equipes, apesar que a gente é muito solidário [...]. A enfermeira botei mais juntinho da gente porque não são com tantas equipes ai a gente trabalha mais unido, só são umas duas ou três. A gente de outra equipe botei lá em cima. O CAPS coloquei lá em baixo porque a gente não tem muito contato com eles não, quem tem são os médicos. O agente ambiental coloquei lá em baixo e meio tristinho, eles não se envolvem no nosso trabalho, nem nós no dele. (ACS B).

As hierarquias funcionais revelam haver um código de valores que repete o mesmo padrão do modelo hospitalocêntrico, ou seja, uma hierarquia funcional que tem o médico como valor máximo da escala e o usuário-paciente como valor mínimo, tendo os agentes de saúde no meio, entre o aparelho estatal e a comunidade. É o que podemos deduzir do comentário abaixo:

É muito fácil dizer lá em cima que o agente de saúde seja burro de carga; somos burros de cargas porque tudo que vem vão colocando; é na violência, é na adolescência, é tudo; a gente é como se fosse um

⁵ O mapa de relacionamentos é uma técnica de grupo focal para analisar as redes de pertencimento do entrevistado em diferentes níveis institucionais como aquele da família, das amizades, do trabalho, da igreja, da saúde, da escola, entre outros. A estrutura do mapa comporta planos diversos de intensidade de relacionamento para cada situação de modo que se possa observar o desenho próprio da rede nos casos analisados. O mapa de relacionamentos utilizado nesta pesquisa constitui a adaptação de um outro, desenvolvido por Carlos Sluzski (1997, p. 43) no seu livro *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*.

livro que se alguém abrir é um leque de coisas que as pessoas nem imaginam que a gente sabe; e precisamos ser mais valorizados por isso porque às vezes até o pessoal da unidade não reconhece. Pelo tempo que a gente trabalha, pela convivência a gente sabe tanta coisa que antes de chegar na médica a gente já sabe o que é. (ACS C).

Pensando em termos da integralidade podemos, a partir desses e de outros depoimentos, assim como da etnografia de campo, deduzir provisoriamente que na Unidade da Vila União há obstáculos efetivos para se avançar no ideal da promoção. Um primeiro obstáculo diz respeito ao fato de não haver clareza sobre o papel do agente de saúde na implantação do novo paradigma.

Assim, tais agentes são muitas vezes integrados nos programas de saúde sem mesmo saberem o que vão fazer, sem ter recebido informações básicas de educação à saúde. Na Vila União, por exemplo, o aprendizado da função de agente passou frequentemente pelo exercício de atribuições administrativas que terminaram impactando negativamente sobre o entendimento da função, contribuindo para tornar confusa a imagem do agente como promotor da saúde coletiva. Pelo depoimento da enfermeira-chefe da unidade, percebe-se que a implantação do programa não seguiu uma diretriz muito clara desde seu início:

A finalidade, o objetivo das atividades das ACS estão bem descritas na programação do manual em relação como elas devem desempenhar o papel das agentes de saúde. Agora, a situação que ocorre é porque primeiro, antigamente, as agentes de saúde, aqui, exerciam o papel até de servente, porque elas eram responsáveis até pela limpeza do posto. Depois elas tinham o papel de ficarem aqui na recepção, veja bem o histórico, no início. Elas que ficavam com o papel de ficarem como recepcionista. Daí, talvez, seja porque a gente tenha essa concepção de marcação de consultas, porque eram elas que marcavam as consultas aqui, elas faziam o agendamento na recepção (Enfermeira A).

A falta de clareza sobre a função do ACS tem gerado, por sua vez, conflitos nos relacionamentos entre os ACS e a população atendida. Os conflitos estão principalmente relacionados ao fato de que a população entende que o agente deve ser prioritariamente um marcador de consultas, entendimento que confirma a falta de clareza sobre o modo como foi sendo construída a função do ACS. As

representações que a população passou a ter das agentes de saúde como “marcadores de consulta” acarretam conseqüências negativas no desenvolvimento das atividades de atenção e no entendimento do que deveria ser o papel da agente:

Depois foi mudando, foi colocado o agente administrativo e elas foram pra rua, mesmo assim elas faziam visitas; mas elas faziam visitas em um horário em outro elas ficavam aqui na recepção, marcando consulta. Então [...] ficou, impregnado dentro das concepções dos moradores, dos usuários que elas tinham por obrigação a marcação de consultas. Talvez tenha sido originado dessa primeira atividade que elas desenvolveram aqui, que não era um papel da ACS, não é isso? (Enfermeira A).

No caso de Vila União, a enfermeira é quem tem mais clareza dos problemas enfrentados na implantação dos novos sistemas de cuidados, lembrando ela, neste sentido, que as agentes não são apenas objetos do processo institucional, tendo igualmente responsabilidade moral na construção de suas próprias atividades:

Porque elas mesmo sabem que tá dentro da programação, do planejamento das ACS de ser elementos de um elo entre os problemas, as necessidades da comunidade com a unidade de saúde. E sendo esse elemento (elo) elas são capacitadas algumas vezes, são treinadas para desenvolverem esse papel de, vamos dizer assim, de elo, visando à promoção da prevenção, participando de ações comunitárias, participando de mutirões, de várias outras ações que são vinculadas, especialmente alguma consulta epidemiológicas, de alguma doença. (Enfermeira A).

b) Percepções dos agentes de saúde sobre a relação entre Estado e Usuários

Esta imbricação entre elementos afetivos e racionalidade administrativa é percebida não apenas dentro do aparelho estatal, mas também na relação com os usuários. Com estes as agentes de saúde mantêm, freqüentemente, um contato diário e íntimo, chegando mesmo a partilhar o infortúnio dos usuários como se fosse algo pessoal. Certamente, devido ao fato de que as agentes de saúde comunitárias trabalham na mesma comunidade onde moram, verifica-se certa dificuldade de separação das questões profissionais com aquelas da vida privada, criando um cenário de limites ambíguos na relação com o usuário, o que

pode ser percebido nos diversos depoimentos. Mas esta identificação geográfica e comunitária não é vivida como algo tranquilo, como uma boa “solução doméstica” para as dificuldades de articulação do estatal e do privado. Uma entrevistada afirmou que:

É horrível isso no nosso trabalho, a gente se apega muito, é como se cada casa fosse também da nossa família. Tinha uma menininha que eu visitava. Fui convidada pra festa de aniversário dela e com três dias após a festa ela morreu; quando eu recebi a notícia foi um choque porque é um vínculo muito forte que a gente cria. A gente é tudo para eles. (ACS A).

Do mesmo modo, o fato de estas agentes serem moradoras da comunidade leva a conflitos com os usuários decorrentes da falta de respeito; o desrespeito ocorre muitas vezes pela agressão verbal:

Eles (os usuários) não chegam a bater, mas eles arrasam com a gente; o modo deles falarem com a gente; eles querem que a gente sirva a eles naquele momento e a gente sabe que existem normas no sistema, normas que têm que ser cumpridas; existem cotas de consultas, cotas de dentista, tudo existe normas e infelizmente eu não posso desrespeitar as normas e eles não entendem isso. (ACS F).

Tem muitos usuários que não aceitam o modo de a gente trabalhar, não aceita as normas, nossa grande confusão é a marcação de consultas, ai dificultou o relacionamento com os usuários [...]. (ACS B).

O desrespeito ocorre igualmente pela tentativa de alguns usuários de burlar as normas próprias ao exercício da função:

Por exemplo, a receita azul; essas pessoas tomam remédio controlado e queria que eu desse a receita no momento, num final de semana e eu não tinha, por conta disso teve vários problemas, tá entendendo? Z também, tem pessoas assim por problemas pessoais [...] a gente tá fazendo a nossa visita, ai agride, e isso dificulta. (ACS A).

Mas também acontece de que a autoridade é desrespeitada pelo fato de que os agentes terminam atendendo um número muito maior de usuários do que seria o desejado:

Olhe, um agente de saúde do PSF - Programa Saúde da Família - ele só pode atender, ele só deve pra ter um bom trabalho 150 famílias, entendeu? Pra que você tenha um bom desempenho 150, isso não existe aqui; a minha coordenadora da área dois ela tem 206 famílias, eu tenho 162. (ACS B).

Apesar desses traços de confusão entre relacionamentos profissionais e privados, há depoimentos que afirmam a perspectiva de separação de esferas:

Mas tem pessoas que eu converso tudinho, que eu converso no dia-a-dia, mas não particularidades minhas; eu procuro ouvir os problemas delas e incluir no meu trabalho, por que eu sou uma pessoa assim: quando eu saio do trabalho eu sou da minha casa, quando eu estou na rua eu sou da rua, quando eu tô aqui no posto eu sou só do posto, eu procuro dividir. Quando eu saio daqui, eu deixo os problemas daqui, quando saio da minha casa eu deixo os meus problemas na minha casa, eu não procuro misturar. Se eu estou na rua, eu procuro resolver os problemas da rua, mas quando eu entro na minha casa os problemas da rua ficam ali, eu procuro fazer assim [...]. (ACS C).

Um problema grave diz respeito, logo, ao fato de alguns usuários se sentirem no direito de abordar o agente fora do trabalho e mesmo na sua residência:

Assim tem muitos usuários que eu respeito e muitos que não. Por exemplo, eles nos abordam nos finais de semana, à noite, batendo na porta, incomodando. Eu trabalho na comunidade, venho no posto, mas em casa eu estou para a casa, para meu filho, pro meu marido, aí ficam batendo pra besteira; às vezes, pra mudar uma data, pra dizer que a mulher tá morrendo por causa de uma verme; eu interrompi meu almoço por causa disso, isso é um grande problema pra mim. (ACS B).

A falta de respeito que tem é em relação ao horário, às vezes chegam num horário de almoço, às vezes vem de 10 horas da noite, essa aí é a dificuldade que a gente tem, às vezes vem perguntar uma besteira: amanhã tem ficha? Amanhã tem médico? E a gente fica muito saturada disso, é só esse o problema. (ACS C).

Porque nos não temos liberdade, não temos privacidade, ao sair num supermercado para resolver alguma coisa pessoal e (eles) nos aborda, aí complica, temos que dizer agora no momento eu não estou à trabalho, tá legal? Depois. Eu mesma estava de férias, retornei ontem, eu circulando pra lá e pra cá, resolvendo meus problemas e eles me abordavam para marcar consultas, então eu dizia a eles: no momento eu estou de férias, vá até o posto, porque se você começar a tumultuar a minha mente eu não vou poder te atender, eu não vou deixar tudo para depois para te atender. (ACS A).

Por outro lado, a redução da atividade do ACS à marcação de consulta termina deteriorando as relações interpessoais:

Antigamente [antes de existir a marcação de consulta como responsabilidade do ACS] era mais afetuoso, eles respeitavam mais; hoje em dia eles respeitam mas não muito, pouco, porque eles querem aquilo naquela hora, naquele instante e se a gente disser assim não! Amanhã a gente faz! Já somos vistas com outros olhos. (ACS B).

A marcação de consulta revela a força da lógica utilitarista no meio popular. Percebe-se um comodismo por parte da população que busca privatizar o serviço público mediante a criação de privilégios de consultas:

Porque eu fui proibida agora de cadastrar as pessoas; chegou aqui (a usuária) e eu disse: olha, por enquanto, está suspensa a marcação de consulta; você vai ter que procurar a unidade tradicional; e ela disse mas a unidade tradicional eu tenho que sair de madrugada de casa e aqui com ela não, ela marca na minha casa. Quer dizer, [os usuários] estão procurando a unidade de saúde, o agente de saúde, não é pelo posto, não é pelo programa, é simplesmente comodidade. (ACS B).

Tem pacientes que querem até que a gente leve resultado de exame em casa, medicação em casa. Outra coisa, querem que a gente leve o paciente também para o hospital, isso não é uma função nossa. Se eu chegar numa casa que só tiver um casal de idoso, não tiver nenhum parente então é obrigação nossa, nem como agente de saúde, sem ser até agente de saúde é uma questão de humanidade e, além de tudo, profissionalismo. Mas se existem pessoas da família, não, elas que se encarreguem de levar seu paciente para o médico. (ACS B).

Inegavelmente, ainda há muito caminho a percorrer em termos de articulação da intenção da promoção com a prática da promoção. Ao lado das dificuldades de organização dos agentes de saúde como educadores, liberando-os da imagem restritiva do marcador de consulta, há que se salientar de passagem dois outros problemas: um deles, o da articulação precária entre os serviços de baixa complexidade fornecidos nas unidades de saúde com aqueles de média complexidade, como os oferecidos pelos laboratórios, o que dificulta se otimizar os serviços das unidades. É o que deduzimos da frase abaixo: “O sistema de saúde está tão falho que por besteira às vezes a gente perde uma criança, uma gestante, a gente perde muita gente por falta de um exame” (ACS B).

O outro problema tem a ver com a deficiência nas articulações entre serviços de ponta, como aqueles envolvendo saúde, meio ambiente, coleta de resíduos e educação:

Agora eu te pergunto como a gente pode? Mas se eles não ajudam então o que é que acontece? Continua a gente vivendo, as crianças vivendo os adultos vivendo dentro de uma área, você já foi na área da gente? Você vê na frente da casa dela mesmo é o esgoto a céu aberto na frente. Crianças que têm vários processos de internação com diarreia, com problema de anemia grave, continuam ali na frente com os pés na frente de casa pisando nesses dejetos, entendeu? Por quê? Por falta de uma intervenção do órgão público, no sentido de fazer o saneamento, calçamento, qualquer coisa assim. Tudo nessa área aqui [...]. Aqui tem gente que nunca procurou o posto de saúde, entendeu? E tem recebido já reclamações na porta de sua casa. (Enfermeira A).

Enfim, a articulação precária entre programas governamentais na ponta do sistema estatal e público associada à ausência de maior clareza sobre a humanização que se pretende imprimir, permite-nos deduzir que na Unidade de Saúde de Vila União o sucesso de um paradigma de integralidade que considere o cuidado como valor precisa ser objeto de uma reflexão mais aprofundada não apenas a nível do processo de gestão de saúde no local, como igualmente mediante pesquisas comparadas que permitam compreender os pontos comuns e diferentes de várias experiências em desenvolvimento. Pois sem a consideração do que sejam dificuldades comuns a todos os projetos e relacionadas às próprias limitações do planejamento do SUS – provocadas, por exemplo, pela problematização insuficiente de temas-chave como o de humanização –, e dificuldades particulares de implantação decorrentes dos contextos sociais, culturais, econômicos e geográficos específicos dos projetos, fica difícil se avançar em novas ações ao mesmo tempo integradas e contextualizadas.

Assim, pretendemos encerrar este texto retomando a idéia de “sentir total” de Merleau-Ponty, articulando-o com outra proposta, do sociólogo Marcel Mauss, sobre o “fato social total” que, aliás, inspirou a idéia do sentir total. Pensamos que a articulação entre universalidade e diversidade no planejamento estratégico das ações de saúde no plano local deve implicar uma mudança de percepção e de reavaliação moral, de modo a minimizar a reprodução da hierarquia de poder

hospitalocêntrica, como verificamos no caso estudado e, sobretudo, de gerar uma opinião pública que unifique as expectativas de governo e de sociedade civil, de gestores estatais, de agentes de saúde e de usuários em torno de alguns valores, normas, regras e rotinas comuns que garantam o fluxo espontâneo de decisões e de ações públicas em saúde no interior das comunidades atendidas pelo SUS.

Dádiva, fato social total, integralidade e esfera pública

Deve-se ressaltar que a criação da figura do agente de saúde – exprimindo o novo caráter intervencionista da ação pública – teve impactos sobre a organização do poder nas comunidades, interferindo sobre modos tradicionais de controle social, o que deve ser visto, em princípio, como positivo. Algumas agentes participantes dos grupos focais relataram, por exemplo, as resistências de lideranças comunitárias a contribuir para o desenvolvimento dos programas, como se a atividade dos agentes fosse uma ameaça para a organização da política partidária, em nível local. Outras nos falaram das tentativas de policiais em investigação, de tentarem acessar as agendas das agentes para levantarem informações sobre pessoas da localidade, tentativas que elas recusaram peremptoriamente, visto que tal concessão poderia colocar em xeque a confiabilidade das mesmas junto aos usuários do sistema. Em outra oportunidade, em pesquisa que realizamos em outro distrito da cidade do Recife, a coordenadora da área chegou a nos revelar as pressões de políticos para incluir eleitores como agentes e mesmo definir áreas de atuação, tendo ela acionado autoridades estatais para evitar que o processo de seleção de agentes fosse cooptado pelo clientelismo eleitoral.

Enfim, a complexidade organizacional do SUS – articulação intragovernamental entre as três esferas, central, estadual e municipal –, associada à preocupação justificada de normatizar a seleção e a avaliação das ações, vem-se constituindo num recurso fundamental para proteger os programas locais, evitando que os mesmos sejam contaminados pelos interesses de poder particularizados.

Mas tais avanços não podem esconder o fato de que a perspectiva da promoção se torna efetivamente árida quando existem desafios importantes a serem enfrentados – tanto no plano da gestão administrativa, como foi acima exemplificado, como no plano da partici-

pação política das populações locais –, os quais ainda não foram compreendidos e enfrentados satisfatoriamente. Há desafios em termos de geração de acordos morais intersubjetivos entre gestor público e usuários que são indispensáveis para que as ações de saúde possam gerar efeitos espontâneos e agregadores no interior das redes sócio-humanas locais focalizadas pelo planejamento estatal. Mas a construção de tais acordos exige que o gestor estatal disponha de indicadores conceituais básicos, de modo a se orientar na tomada de decisões estratégicas. Tais indicadores devem permitir a leitura de sintomas presentes nas trocas primárias, como são exemplos os casos dos conflitos diversos – intrafamiliares relacionados com as ordens sexuais e afetivas, ou entre vizinhos e moradores da comunidade, em torno de apropriação coletiva dos bens públicos, ou entre agentes e usuários, a respeito da construção da saúde coletiva. Mas os indicadores qualitativos necessários para enriquecimento conceitual do planejamento somente podem ser construídos se os fenômenos inter-relacionais forem considerados com a mesma importância que é dada aos indicadores estatísticos e epidemiológicos.

Nossas experiências de grupos focais com agentes de saúde e com usuários na Unidade de Saúde de Vila União nos colocaram inevitavelmente em face de desafios inevitáveis para um planejamento mais democrático, a começar pela importância da criação de indicadores conceituais para aperfeiçoamento dos projetos de intervenção e para definição de políticas de formação dos agentes. Os indicadores conceituais devem contemplar os determinantes psicológicos, econômicos, sociais, morais e culturais dos conflitos sistêmicos presentes nas comunidades locais, no interior do aparelho estatal e na relação entre um e outro. Enfim, urge ações que promovam a articulação intragovernamental no plano horizontal, melhor definindo atividades comuns e também no plano da governabilidade, envolvendo governo e não-governo de forma articulada e interativa, contribuindo para o envolvimento e o empoderamento dos atores sociais locais.

Neste ponto de nosso texto, pensamos ser indispensável introduzir uma reflexão sobre o valor da dádiva como recurso teórico importante na construção de indicadores adequados do ponto de vista qualitativo e quantitativo nas ações de saúde. Pois sendo a dádiva por natureza um sistema de trocas dinâmico – doação, recepção e retri-

buição de bens – baseado na circulação generalizada de bens simbólicos e materiais (MAUSS, 2003, GODBOUT, 1998; MARTINS, 2003), ela constitui uma possibilidade de acesso direto às motivações diversas e paradoxais da ação social – de interesse, de generosidade, de liberdade e de obrigação. Apenas pela compreensão das motivações dos sistemas de trocas diretas e pelos procedimentos de reconhecimento acionados pelos atores envolvidos, é possível se pensar os acordos morais intersubjetivos e as iniciativas práticas de promoção à saúde. Por isso, a dádiva aparece como um vetor de análise conveniente para medir empiricamente a qualidade das ações de cuidados e para orientar os acordos e iniciativas práticas.

Como sistema, a dádiva é o eixo de compreensão da noção de sentir total em Merleau-Ponty e da de fato social total de Marcel Mauss. Ambas as noções concorrem juntas para um sentido de humanização ampliado que resgate o duplo registro da ação dos bens dados, recebidos e retribuídos (GODBOUT, 1998), sendo um deles objetivo e o outro, subjetivo. O sentido objetivo aparece pela iniciativa material revelada – por exemplo, na visita periódica que a agente de saúde faz aos domicílios para prestar um serviço de interesse público, como o levantamento do quadro de saúde dos moradores. O sentido subjetivo aparece pela intenção contida no bem material dado. No caso, aparece pelo modo como a agente de saúde busca construir o vínculo com os moradores do domicílio. Revela-se na maneira de olhar, de falar, nos gestos mais ou menos calorosos e acolhedores. Caso não circule uma intenção sincera de criar um vínculo profissional fundado no respeito mútuo – articulando a função profissional e o calor humano –, dificilmente pode ser estabelecido o valor da confiança. Por isso o treinamento profissional (que capacita a agente para sua função) e o treinamento emocional (que permite à agente compreender os mecanismos de reciprocidade presentes nos acordos morais) têm que ser acionados simultaneamente, para que a ação estatal apareça como ação pública voltada para o empoderamento comunitário e para a reorganização da proteção social em nova base política e ética.

A compreensão prática deste duplo registro do dom – material e simbólico – por parte do gestor estatal implica que ele saiba trazer o planejamento para o cotidiano, pela valorização direta do modo de

se organizar os pactos morais. Esta é uma condição vertical. Mas existe uma outra, horizontal: que ele saiba valorizar a integração interfuncional e interdisciplinar envolvendo diversas agências estatais e não-estatais, de modo a criar um guarda-chuva amplo de proteção à cidadania desassistida. Em suma, trata-se, do ponto de vista epistemológico, de associar, na prática do planejamento e da gestão, o fato social como totalidade, considerando que tal fato remete inevitavelmente para um sentir total e compartilhado por todos os atores sociais e institucionais envolvidos.

Enfim, para terminar, entendo que a articulação teórica entre dádiva, cuidado e integralidade já começa a ser buscada por certos estudiosos da área, o que deve ser ressaltado. É o caso, por exemplo, do estudo conduzido pelas pesquisadoras Francini Guizardi e Roseni Pinheiro, que chamam a atenção sobre o erro de imaginar que os usuários percebem o tema da atenção integral mecanicamente a partir das condições estruturais do sistema de saúde ou do acesso a tecnologias médicas. Para as autoras, as dificuldades atuais conhecidas pela atenção integral “revelam com muito mais veemência uma indignação intensa acerca da forma como se efetiva a relação entre quem oferece o serviço e quem dele necessita” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 43-44).

Tal indignação – que se expressa às vezes em palavras agressivas ou gestos de desengajamento moral e político com a ação pública – deveria ser vista – o que não tem sido o caso – como um conteúdo decisivo para se valorizar a idéia de cuidado como dupla humanização: por um lado, humanização do que se dá concretamente como serviços e recursos assistenciais do Estado à sociedade civil; por outro, humanização do que se dá simbolicamente, o sentido solidário do bem dado, seja este os serviços ou outros. Mas tudo, isso claro, exige que sejam reavaliadas as fronteiras de expansão do novo paradigma de modo a se colocar o Homem Integral – independentemente de ele estar do lado do Estado ou da sociedade civil – no centro do planejamento, da intervenção e, sobretudo, do cuidado.

Referências

- GODBOUT, J. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.
 HUSSERL, E. *A crise da humanidade européia e a filosofia*. Porto Alegre: EdiPuc-RS, 2002.

- LE BRETON, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*, Campinas: Papirus, 2003.
- MARTINS, P.H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- _____. O paradigma energético e as novas significações do corpo e da cura. In: PELIZZOLI, M. (Org.) *Bioética como novo paradigma: por um novo modelo biomédico e biotecnológico*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cossac & Naif, 2003.
- MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1999.
- MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF, 1990.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- SANTO AGOSTINHO. *Confissões*. Salvador: Livraria Progresso, 1956.
- SHELDRAKE, H. *A sensação de estar sendo observado e outros aspectos da mente expandida*. São Paulo: Cultrix, 2004.
- SLUZSKI, C. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- TAYLOR, C. *As fontes do self*. São Paulo: Loyola, 2005.
- WILBER, K. *A união da alma e dos sentidos: integrando ciência e religião*. São Paulo: Cultrix, 2001.

Perda de ética no trabalho acadêmico: geração de sofrimento e doença entre trabalhadores universitários a partir do produtivismo como valor-fim entre pesquisadores docentes¹

MADEL T. LUZ

Max Weber foi o primeiro dos sociólogos para quem o “capitalismo e a sociedade moderna em geral” são caracterizados sobretudo pela “racionalização burocrática”. Ele não considera a revolução socialista [...] nem perigosa, nem salutar; ela lhe parece simplesmente inútil porque é incapaz de resolver o problema principal da modernidade, a saber, a “burocratização” (Burokratisierung) da vida social.
Milan Kundera - A cortina.

Introdução

Os valores sociais, de acordo com a tradição sociológica weberiana, entre outras no campo das Ciências Sociais, vinculam-se estreitamente ao que se considera aprovável (ou, ao contrário, não-aprovável, ou mesmo reprovável), em termos de condutas, atitudes, ações, relações, e até de *expectativas* nas sociedades, mantendo estrita ligação com a moralidade em cada época. Variam de acordo com a história e as culturas que as diferentes épocas e os diferentes tipos de sociedade humana originam, a partir das ações e relações estruturadas dos sujeitos agentes que as fazem existir. Os valores se situam, assim, como *fins do agir* em sociedade (e não há ação humana que não seja social), decorrendo do que denominamos aqui, em consonância com a abordagem da filosofia, mas para fins de exposição, de *dimensão ética do ser*.

¹ Texto elaborado a partir de apresentação oral em painel do IV Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde ABRASCO Salvador, julho 2007.

Esta dimensão do ser (humano) fundamenta os valores culturais, e a própria moral em toda sociedade. A moral social não deixa de ser, desta forma, em grande parte, *a ética em ação*, embora variável em tempo e espaço cultural. A Moral, enquanto ramo da filosofia, tem como campo de análise esta dimensão *praxiológica* do ser, estabelecendo os limites do agir humano em termos do que é bom ou ruim, ou de bem e de mal (FERRY, 2007).

Em outras palavras, se podemos dizer que a moral social, através dos valores culturais que dela se originam e nela se abrigam, estabelece para cada cultura (ou grupo social humano) o que é bom ou mau (de fazer, de aspirar ou desejar), podemos afirmar que a ética, enquanto *dimensão* do ser, estabelece os limites do *bem e do mal* para o humano. Ao mesmo título que o conhecimento teórico (focalizado pela epistemologia), a ontologia (focalizada pela metafísica) e a beleza, ou o belo (focalizada pela estética), a *ética*, tal como a vemos aqui, exprime (nos planos praxiológico e ontológico), uma dimensão *irredutível* do humano. Estabelece limites aquém dos quais ou para além dos quais não se pode mais falar do “ser humano”²

Valores e ética no trabalho acadêmico atual

De certo modo, o título mais adequado para este trabalho seria seu subtítulo, pois nossa preocupação mais urgente ao escrevê-lo é a questão atual do produtivismo como doença institucional, fruto de uma cultura institucional patogênica, geradora de sofrimento e adoecimento entre pesquisadores e professores. Entretanto, a ideia de patologia institucional e a expressão “produtivismo”, juntas, poderiam gerar, figurando como título, perplexidade e incompreensão, pois a categoria do discurso médico *patologia* se aplica geralmente a morbidades de indivíduos (ou de populações, no caso de epidemias), e as representações de produção e de produtividade, positivamente

² Luc Ferry estabelece, em seu último livro traduzido entre nós, uma sinonímia entre *moral* e *ética*, sob a justificativa que etimologicamente significam exatamente a mesma coisa, embora provenham de fontes diferentes (grego e latim), mas deixa livre, para quem o quiser, a possibilidade de utilizar os termos com sentidos diferentes, como o fazem correntes filosóficas distintas. Neste trabalho colocamos a *Ética* como fundamento da moral social, “um degrau acima”, em termos de universalidade, no que concerne ao conhecimento (*theorein*), e o agir (*praxis*), embora sem perder a historicidade do agir humano (FERRY, 2007, p. 31).

avaliadas no imaginário social contemporâneo, não costumam ser associadas a adoecimento ou a situações patógenas. Adjetivar uma idéia dominante com um “ismo” sugere depreciação ou negação desta idéia. Associá-la a uma patologia produz certamente um sentimento de mal-estar entre os sujeitos, acostumados a ver as idéias de produção e produtividade como ideais, isto é, como finalidades, ou objetivos da existência. Existe, é verdade, a expressão *patogênica* ou *patológica*, associada às organizações corporativas e ao regime de trabalho capitalista, isto é: às empresas responsáveis pelas atividades econômicas, sobretudo quando o regime de trabalho por elas imposto, e o assentimento obtido dos trabalhadores, através de normas coercitivas, ou de sanções, levam ao sofrimento e à doença coletivos, pelas condições adversas à sobrevivência que acarretam.

Os estudos na área de psicopatologia do trabalho, entretanto, tomando-se como base os dirigidos por Christophe Déjours (DÉJOURS, 1998), são exemplares na demonstração de como se pode habituar a conviver, no capitalismo neoliberal (empresários, “gerentes” e trabalhadores), com uma cultura organizacional patogênica no trabalho, aderindo a valores contrários a uma ética da profissão e da própria vida. Entre as condições de trabalho adversas à vida humana, nomeemos as seguintes: a) a super-exploração de trabalhadores, quando há abundância de mão-de-obra, como é o caso no regime de produção atualmente mundializado; b) o tratamento da força de trabalho como “instrumento de produção descartável”, c) a “queima” (*burn out*) da força de trabalho, através da aceleração do ritmo e da exigência do aumento da produção sem equivalente recompensa material ou simbólica; e finalmente d) as pressões de diversos tipos (legais, repressivas, ou mesmo ameaças e chantagens) coletivas ou individuais exercidas pelos patrões ou gerentes da produção sobre a resistência a esse regime por grupos legais ou informais de trabalhadores (sindicatos, associações, movimentos).

As condições e regime de trabalho, e suas conseqüências para a saúde do trabalhador, têm sido também objeto de estudos e levantamentos extensivos em Saúde Coletiva, na área de Medicina do Trabalho, ou no campo da Saúde Mental, em Saúde do Trabalhador, nos diversos ramos das atividades produtivas. Pesquisas qualitativas e quantitativas também vêm sendo feitas há pelo menos meio século

pela Sociologia do Trabalho, e mais recentemente, há duas décadas, pela *Psicopatologia do Trabalho*.

Não é aqui nosso propósito fazer uma análise sociológica do trabalho universitário, o que seria, aliás, um tema atual e relevante de pesquisa para a área de Saúde Coletiva. Nossa preocupação se situa, nessas notas, no domínio da perda da saúde dos profissionais acadêmicos, em função das pressões crescentes sobre as condições de trabalho de pesquisadores e docentes, mas sobretudo no das *implicações éticas* presentes no sistema de controle das atividades laborais, conhecido como “avaliação de produtividade”, aplicado periodicamente a indivíduos e instituições de ensino e pesquisa por agências governamentais.

O regime de produção acadêmica atual: a produtividade como um fim em si mesma

Legitimado pela crença cultural, dominante no meio acadêmico, de que a avaliação periódica da produção por pares é uma necessidade inquestionável, pois o avanço da ciência e da tecnologia do país e, conseqüentemente, seu desenvolvimento, concebido como superação do atraso tecnológico face aos países centrais do sistema capitalista, dela dependem em grande parte, o sistema de avaliação institucional posto em prática não tem ido além de um enquadramento contábil da assim denominada produtividade do pessoal acadêmico, similar ao da Declaração Anual de Rendimentos da Receita Federal.

Consta de fato de um somatório ponderado de pontos atribuídos às mais diversas atividades implicadas no ofício acadêmico. Tais atividades são contabilizadas prioritariamente por sua expressão publicada, e dispostas de forma hierarquizada, conforme as propostas convencionais dos diversos ramos da árvore do saber científico. Ou, se preferirmos, de acordo com as comunidades específicas de pesquisadores, a partir de suas lideranças. As concepções de avaliação ímpares, de excelência e meritocracia são ícones culturais neste processo, com regras estabelecidas no sentido de garantir o rigor da mensuração pelos “juizes pares” da produtividade individual e institucional. No entanto, regras tidas como objetivas são passíveis de ser contornadas pelo “olhar do observador”, isto é, pela perspec-

tiva mais ou menos interessada de quem avalia (e julga) um sujeito pesquisador ou um programa institucional de ensino e pesquisa.

Sabemos, em Ciências Sociais, que não existe olhar ou observador neutro, sobretudo em ambiente social de competição, seja ela individual ou grupal, e que todos os sistemas avaliativos intelectuais são socialmente construídos, portanto variáveis ao longo da história e das culturas. Interesses corporativos ou grupais, identificados com o *status quo* de determinada cultura científica, num período histórico determinado, podem ser reiteradamente vencedores, em detrimento de propostas e projetos inovadores emergentes, ratificando posições de comando e liderança individual, grupal ou institucional. Tais fatos, que foram e continuam sendo destacados há quase um século por filósofos da ciência e sociólogos do conhecimento como elemento integrante da cultura científica vêm, entretanto, se sucedendo com frequência inquietante nas avaliações periódicas institucionais (universidades) e de agências governamentais em nosso país.

O ponto principal de reflexão deste trabalho reside na constatação que esse sistema de avaliação do trabalho intelectual, quando erigido com a finalidade da produção acadêmica, tornando-se modelo social de hierarquização de indivíduos, grupos e instituições (com poder de marginalização ou mesmo exclusão), é patógeno, isto é, gerador de sofrimento coletivo, e de adoecimento individual, grupal e institucional. Mais do que isso, este sistema põe em questão valores tradicionais intrínsecos ligados às atividades de ensino e pesquisa, revogando o *ethos* milenar das atividades acadêmicas, se incluirmos as culturas grega, sobretudo a pós-clássica, e a medieval, ambos períodos culturalmente caracterizados por saberes doutos produzidos em instituições que podemos assimilar ao modelo da Universidade.

Este *ethos* supõe a busca e a prática comuns do conhecimento, através do ensino e da pesquisa, como valor fim da atividade. Supõe a prática da pesquisa como efetivação epistemológica e técnica dessa busca; a troca de informações sobre resultados e descobertas com os que se dedicam à busca de conhecimento no mesmo tema, ou similar, isto é, a “comunidade” trabalhando na mesma área; a difusão dos resultados obtidos pelo pesquisador para a sociedade como um todo, sejam eles favoráveis ou desfavoráveis às suas expectativas, como compromisso social e humano do ofício de pesquisar.

Uma análise weberiana do *ethos* da ação acadêmica

Nossas reflexões se inspiram na sociologia weberiana da ação social, especificamente na noção de *ethos* relativa ao trabalho como atividade historicamente fundamental, definidora do que é ser humano no regime de produção capitalista (WEBER, 1967). Entendemos aqui como *ethos* do trabalho um conjunto de valores sociais traduzidos em objetivos e resultados esperados das ações, atitudes, normas de conduta e relações pessoais e coletivas, a serem postos em prática na atividade do trabalho, que definem a identidade do sujeito num aspecto estratégico do seu existir no mundo, que é sua identidade profissional.

O *ethos* define não apenas uma dimensão subjetiva do trabalhador como indivíduo, como também lhe confere uma identidade de *pessoa social*, pela qual ele é reconhecido por outros, seus semelhantes, ou, em linguagem comum, seus colegas, em situação partilhada, por eles valorizado e apreciado, ou ao contrário, por eles depreciado e desvalorizado, o que pode gerar-lhe sofrimento e doença (LUZ, 2004), devido a uma queda de posição no grupo de pares ou no trabalho, em seguida na sociedade, podendo levar à exclusão, ao isolamento, à doença e, finalmente, se o trajeto se mantém, à morte. A supressão continuada do emprego estável, ou o desempregar como forma de pressão das empresas, marca do capitalismo neoliberal, é apenas o ponto extremo, o exemplo estrutural do modo de funcionamento de um sistema para o qual o trabalho humano é mero instrumento descartável e a própria categoria trabalho perdeu importância na análise e na prática da produção (LUZ, 2004).

Na esfera acadêmica, esse sistema de organização/direção do trabalho tende a se enraizar numa cultura institucional específica, isto é, num modo de funcionamento organizacional caracterizável por normas não discutidas pelos interessados, a partir do regime do trabalho imposto aos docentes/pesquisadores em práticas institucionais de segregação e de discriminação não-explícitas de pessoas e grupos, ligadas ao exercício profissional dos sujeitos; em formas de agir e normas implícitas excludentes, que não deixam de beneficiar grupos importantes ou em ascensão num domínio de saber ou em uma instituição. Esse todo complexo de normas, atitudes e modos de agir é parte de uma cultura institucional perversa, pois particularista,

negadora de valores universais e de práticas democráticas. Faz adoecer, sendo, deste ponto de vista, *patológica*.

Essa cultura é parte essencial das práticas do mundo acadêmico atual, assumida por parte considerável dos trabalhadores universitários, em grande parte por sua elite, no seu afã de manter-se à tona no *tsunami* produtivista. Entretanto, tal cultura destorce e revoga o *ethos* milenar do trabalho acadêmico, privando os profissionais de valores-fins de suas atividades. Privando-os, portanto, de identidade no trabalho, uma dimensão fundamental de sua identidade como pessoa. Despojando-os, em conseqüência, de um conjunto de sentidos de ser, de existir no mundo. Gerando sofrimento, doença e morte como efeito de seu funcionamento, banalizando a injustiça e expandindo o mal como parte “normal” da vida laboral, poderíamos dizer, em acordo com o trabalho de Déjours (1998), segundo o qual o sistema se insere no domínio da psicopatologia do trabalho.

Permanecendo, entretanto, apenas na análise sociológica weberiana, é interessante sempre lembrar que o que confere a esse autor qualquer sentido à história humana é a ação social, e esta ação supõe a atribuição de sentidos e significados –geralmente racionais – partilhados (não existe, neste sentido, para Weber, *ação individual*: a ação supõe sempre o outro, mesmo como expectativa). Embora tenha se preocupado antes de tudo com a racionalidade das ações sociais (WEBER, 1965), o autor nunca deixou de salientar que na base dessas ações há valores definidos por uma ética que “dá sentido” subjetivo e confere significados culturalmente avaliados às nossas ações, que são até certo ponto irredutíveis à racionalidade.

Em conseqüência, a perda de valores “guias” do nosso trabalho, devido à dominância de normas não-explicitas, ou de uma cultura institucional que os constroem ou revoguem, priva-nos de conjuntos de “sentidos do agir na vida”, isto é, do existir concretamente, uma vez que esses valores fundamentam os significados e sentidos de nossas ações.

Em decorrência de tal perda nos vulnerabilizamos, pondo em perigo nossa saúde, enquanto indivíduos, enquanto grupos, e mesmo enquanto coletivo social vivo (LUZ, 2004). Isso pode fazer emergir formas coletivas patológicas de expressão dessa “perda de sentidos”, analisadas na literatura sociológica, como o suicídio (analisado em obra

clássica de Durkheim), até as novas formas de adoecimento coletivo, certamente implicadas no estresse causado por “baixo desempenho”, ou na expectativa (ou sentimento) de fracasso dos sujeitos em “cumprir metas” num ritmo acima de suas forças, marcadamente no ritmo da produtividade estabelecida pela instituição.

Mas a lógica da produtividade, dominante tanto no mercado de trabalho dito produtivo, como no sistema de produção institucional acadêmico, é antes de tudo a lógica de um ritmo. A instituição acadêmica exige a aceleração do ritmo de trabalho dos pesquisadores, e de seu(s) produto(s), sem qualquer acréscimo de salário ou prestígio decorrente do esforço aos trabalhadores. A lógica da produção intelectual em série engendra uma cultura competitiva de produtividade, opressiva e repressora, ao mesmo tempo, à criação no trabalho intelectual. Lembra as imagens da linha de produção retratada no filme “Tempos Modernos”. Devido à aceleração do ritmo, os trabalhadores acadêmicos não têm mais o tempo necessário de elaboração para seus produtos, apesar de precisarem apresentar para avaliação um certo número de peças num período determinado de tempo. Esta ansiedade do “não produzir dentro de um prazo” gera estresse contínuo nos sujeitos, sendo fonte de mal-estar e gerando sintomas (LUZ, 2005). Gera também, como estratégia de sobrevivência, um conjunto de “atalhos” ou contornos às normas e ao próprio *ethos* da produção científica e intelectual. De fato, possivelmente nunca houve tantas denúncias de fraudes no processo da pesquisa científica, com distorções de métodos, falsificações de resultados, roubos, divulgação de plágios ou publicações repetidas. Essas condutas antiéticas visam a aumentar a produtividade, garantindo status e prestígio.

A cultura institucional burocrática do conhecimento: produtivismo e adoecimento dos acadêmicos

Uma cultura do contorno, ou “inovação”, às rígidas normas de produtividade, nasceu desse processo, gerando mal estar, sofrimento e doença, pois a ética da profissão é destorcida. Neste sentido, este trabalho continua as reflexões do artigo “Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria de produtividade” (LUZ, 2005), em cujas páginas foram tematizadas questões relacionadas ao sofrimento e à perda da saúde de trabalhadores universitários, advindas das trans-

formações das condições e do ritmo do trabalho intelectual, sobretudo das atividades de pesquisa.

Mencionamos ali as possíveis conseqüências dessas condições para a saúde dos pesquisadores e profissionais ligados às atividades de investigação em geral: o nível contínuo e crescente do estresse advindo dessas condições, não apenas sobre o ritmo do desenvolvimento, como também sobre o próprio fruto do trabalho intelectual; a manifestação desse estresse nas diversas formas de adoecimento dos profissionais da pesquisa, a começar pelas doenças crônicas, como as cardiovasculares, o diabetes, os cânceres, as patologias ligadas ao aparelho digestivo, mas também síndromes e os episódios agudos, como os enfartes do miocárdio e os acidentes vasculares cerebrais, diversas síndromes ainda não classificadas medicamente, entre as quais se incluem quadros dolorosos não-localizáveis organicamente, os denominados transtornos músculo-esqueléticos, as tendinites, as recém-denominadas DORT.

Não nos deteremos aqui, por falta de espaço e tempo necessários, e por não ser nossa área de formação, nas freqüentes manifestações de distúrbios psicoemocionais, tais como a depressão crônica, as fobias, os distúrbios de caráter, as condutas perversas, as síndromes de pânico, as ansiedades depressivas, ou ainda as atuais síndromes metabólicas, com forte expressão somática. O apelo a drogas, legais ou não, embora esteja mais presente em profissionais da área da atenção e cuidado, como médicos e enfermeiros, aparece também entre pesquisadores docentes, através da dependência a drogas químicas, como os calmantes, os antidepressivos e, claro, o álcool.

As manifestações de mal-estar e de adoecimento estão presentes nos pesquisadores desde o início de sua formação, isto é, desde suas atividades de graduação (em que as gastrites, apendicites ou doenças do aparelho respiratório de fundo alérgico predominam entre os jovens estudantes) até que estes atingem o estágio de senioridade, após vinte anos de trabalho em média, ou mais, se incluídos a formação doutoral e os estágios pós-doutorais, as viagens periódicas de missões de cooperação nacional ou internacional em sua área de pesquisa, e embora pouco valorizadas em termos contábeis de produtividade, as participações em eventos científicos. Os diversos e continuados relatórios de atividades, e sua “virtualização” pratica-

mente completa são um caso à parte neste quadro; merecedores de um estudo epidemiológico sobre o estresse que geram as constantes “atualizações” de versões de programas, nem sempre simples e adequados à atividade acadêmica como deveriam ser. Os Programas da Receita Federal e dos bancos privados são, neste sentido, um exemplo que ainda precisa ser incorporado pelas agências de fomento à pesquisa, inclusive no atendimento aos usuários. Os pesquisadores, transformados em elementos virtuais de um sistema automático, deixaram de ser tratados como sujeitos. Tornaram-se meros números de processos sem acesso a qualquer atendimento personalizado.

Finalmente, para concluirmos: pode-se argumentar, com razão, que os profissionais acadêmicos não fogem ao perfil dos demais trabalhadores no contexto atual, e que a situação de estresse contínuo como condicionante do adoecimento é uma característica comum a todos os que trabalham, em todos os ramos de atividades, em função da alteração do ritmo da produção capitalista, consequência das novas tecnologias da automação e da informação virtual, e do papel que desempenham na aceleração do “tempo de produção”, isto é, na velocidade que cada indivíduo exercendo atividades no sistema de produção é capaz de imprimir ao seu trabalho.

Pode-se mesmo argumentar, não sem fundamento, como o fiz em artigo já citado (LUZ, 2005), que a espécie humana como um todo não estava preparada para a vertiginosa revolução tecnológica das últimas três décadas, embasada em modelos automatizados de produção e difusão de informação. O fruto social dessa revolução tem sido exigir dos homens que produzam mais e melhor num espaço de tempo menor e não-remunerado, na medida do esforço despendido. Em termos clássicos, poder-se-ia falar em processos de reintrodução da mais-valia absoluta no capitalismo neoliberal, nas situações já mencionadas, de “mais-vantagem” do empregador, isto é, de abundância excessiva de mão-de-obra qualificada para atividade, de instabilidade de emprego por instabilidade da própria empresa, em regime mundial de concentração e de megafusões, etc. (Esta é uma abordagem socioeconômica macroanalítica, que, embora pertinente, não foi objeto de nossas notas).

Pode-se também alegar, com maior pertinência ainda, que se não houvesse adesão dos trabalhadores intelectuais à lógica da produtividade, e à quimérica busca (quimérica no sentido em que se resume,

na maior parte das vezes, a sucesso ou prestígio pessoal, ao custo de enormes esforços e sacrifícios) de recompensas acadêmicas prometidas aos seus seguidores, ela jamais se imporia na produção. Deste ponto de vista, o produtivismo seria hegemônico, no sentido gramsciano do termo, ou puro exercício de *poder simbólico*, no sentido conceitual em que Bourdieu emprega a expressão (BOURDIEU, 1989). Isto é, ele predomina na medida em que há interiorização pelos sujeitos dos valores de competição como fim em si, de exclusão dos considerados “menos fortes”, ou mais fracos no sistema, e de vitória e prestígio pessoal ou grupal a qualquer preço.

Essa perspectiva de análise, sociopolítica, está de acordo com as propostas apresentadas no artigo já citado “Prometeu acorrentado”. Neste trabalho tentamos uma abordagem diferente: a análise da ética profissional (e sua perda) e a profunda repercussão na ação social e na identidade dos sujeitos. E de como uma cultura institucional pode tornar-se patológica ao distorcer ou descartar o *ethos* profissional de uma categoria específica de trabalhadores, gerando sofrimento, doença e morte entre eles.

Referências

- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- DÉJOURS, C. *Souffrance em France: la banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Seuil, 1998.
- FERRY, L. *Aprender a viver*. Filosofia para os novos tempos. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.
- GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 9-20.
- _____. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria de produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis*, v. 15, n. 1, p. 39-58, 2005.
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1967.
- _____. *Essais sur la théorie de la science*. Paris: Plon, 1965.



Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Este pequeno texto procura examinar as relações entre integralidade e os modos de organização da rede de serviços de saúde. De certo modo, a discussão que aqui se faz envolve a relação entre alguns princípios ou diretrizes constitucionais, bem como das formas como eles são apropriados pela gestão: a universalidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a organização da rede regionalizada e hierarquizada.

Tornou-se comum distinguir os princípios das diretrizes do SUS. Nessa leitura, princípios dizem respeito aos valores que norteiam a proposta do SUS, enquanto as diretrizes dizem respeito aos modos de organizar o sistema. Assim, a universalidade, a igualdade e a integralidade seriam os princípios do SUS, enquanto a descentralização (com comando único em cada esfera de governo) e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado seriam diretrizes.¹

Faço aqui um contraponto a esse entendimento. Começo por afirmar que os princípios da universalidade e da igualdade não são princípios do SUS, mas princípios mais gerais que regem a ação do

¹ Pode surgir uma disputa quando colocamos a questão de como classificar a participação da população. Alguns defenderão que se trata de uma diretriz, pois concebem a participação como uma forma (portanto, um meio) de garantir a qualidade na organização e nas práticas de saúde. Outros, entretanto, conceberão como um valor em si, que não se reduz à contribuição para a gestão, mas que indica um processo emancipatório, que modifica a distribuição de poder entre profissionais e usuários-cidadãos. Não é o objetivo deste trabalho desenvolver mais essa questão.

Estado. Universalidade aparece no texto constitucional de duas formas distintas: de modo mais abrangente, no reconhecimento de que a saúde é direito de todos, e de modo mais restrito, ao reconhecer a obrigação do Estado em garantir o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Mas nem nesse segundo entendimento, no qual a igualdade aparece ao lado da universalidade, o texto refere-se ao SUS, que será definido um pouco mais adiante no texto constitucional: o SUS inclui apenas as ações e serviços públicos de saúde e alguns serviços de saúde privados, a saber, aqueles que firmaram com o SUS contrato de direito público. Portanto, há serviços de saúde que não integram o SUS.² Portanto, a universalidade e a igualdade no acesso ao serviço de saúde se colocam como princípios gerais da obrigação do Estado, sendo o SUS um instrumento privilegiado para o cumprimento desse dever.

Se há algum sentido na diferença entre princípios e diretrizes, este seria o de que os primeiros se referiam principalmente aos fins últimos, enquanto as diretrizes se atêm aos meios. O princípio da atenção integral (que comumente chamamos de integralidade) apresenta-se como um imperativo que confere uma certa qualidade à assistência, exigindo (na acepção estrita do texto constitucional) a articulação entre a dimensão preventiva e a assistencial das ações e serviços de saúde. Integralidade, contudo, como um princípio de direito aberto, comporta vários sentidos, todos eles vinculados a valores que merecem ser defendidos.

Em estudo anterior, reconheci pelo menos três conjuntos de sentidos vinculados à aspiração do chamado movimento sanitário: como um atributo das políticas, como um atributo da organização das práticas nos serviços de saúde e como atributo das próprias práticas em saúde (MATTOS, 2001). Tomo esses sentidos como valores que merecem ser defendidos, para examinar, à luz deles, as formas como comumente são tratadas as idéias de uma rede regionalizada e hierarquizada.

² O próprio texto constitucional estabelece algumas funções para o SUS que ultrapassam esses limites definidos, a saber, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a saúde do trabalhador. A atuação de regulação sobre o setor de saúde suplementar não se justifica pelo pertencimento do mesmo ao SUS, mas pelo fato de ser a saúde considerada de relevância pública.

Integralidade, quando se refere aos encontros entre usuários e profissionais de saúde, implica a capacidade do profissional de compreender o sofrimento manifesto do outro, ou o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida deste sujeito com quem se encontra. Implica também compreender, no mesmo contexto desse modo de andar a vida do outro, os significados das ofertas de cuidado que se fazem necessárias. Mas do que isso, implica compreender o significado mais imediato de suas ações e palavras no contexto mais imediato do encontro concreto. Isso só pode ser feito quando o profissional se coloca, mesmo que por um instante, no lugar do outro. É a partir de tal compreensão que se torna possível pensar o delineamento de um plano de cuidados individualizado.

Já a integralidade, quando aplicada à organização dos serviços de saúde, envolve o esforço de construir o arranjo de práticas dentro de um serviço, assim como o arranjo dos serviços de modo que estes propiciem a realização de encontros pautados pela integralidade. Isso significa colocar o usuário no centro das discussões sobre quais seriam os melhores arranjos dos serviços, ou melhor, significa afirmar que os arranjos devem ser os melhores para os usuários.

Em linhas gerais, regionalização e hierarquização dizem respeito a um arranjo entre os serviços de saúde e sua relação com um certo território (ou melhor, com a população que vive num certo território). A idéia de hierarquização pressupõe a diferenciação de vários níveis de atenção, cada qual oferecendo um conjunto de procedimentos e apresentando um conjunto distinto de recursos tecnológicos. Na atenção básica, por exemplo, seriam realizados os procedimentos que respondem aos problemas de saúde mais frequentes na população. Outros níveis de atenção ofereceriam procedimentos que são menos frequentemente demandados, ou que exigem de algum modo recursos humanos ou tecnológicos específicos³.

Já a idéia de regionalização diz respeito à relação dos serviços de saúde (e de um conjunto de serviços de saúde em vários níveis

³ Evito aqui usar o termo “complexidade”, que frequentemente é usado para caracterizar a hierarquização: os usuários cujas necessidades não pudessem ser atendidas na atenção básica e seriam encaminhados a “níveis de maior complexidade”. Entretanto, esta noção de complexidade é bastante ambígua. Creio que seria melhor que abandonássemos seu uso na descrição dos diversos níveis de atenção.

de atenção) com determinado território, de modo que a unidade (ou o conjunto de unidades) possa assumir a responsabilidade, por dar resposta às necessidades dos serviços de saúde da população que vive nesse território.

Um dos pressupostos básicos da combinação da hierarquização e da regionalização é o de que a abrangência territorial das unidades da atenção básica seria menor do que a abrangência territorial das unidades de maior nível de atenção. Trata-se fundamentalmente de um princípio de eficiência e de eficácia. Certas tecnologias exigem determinados equipamentos com custos fixos elevados, de modo que se tais equipamentos não são demandados (porque a frequência dos problemas que demandam seu uso na população à qual a unidade serve de referência é pequena), sua ociosidade pode elevar os custos do procedimento a um patamar inaceitável. Por outro lado, há situações nas quais a própria qualidade dos serviços prestados depende da realização de uma certa quantidade de procedimentos. De qualquer modo, esses serviços precisam ter uma demanda de uma certa magnitude, abaixo da qual eles ficariam inadequadamente ociosos.

Espera-se geralmente que, numa rede regionalizada e hierarquizada, a maioria das necessidades de serviços de saúde da população deveria ser atendida na atenção básica. Por sua vez, os problemas de saúde que não pudessem ser resolvidos na atenção básica seriam resolvidos nos outros níveis de atenção (ambulatórios especializados, hospitais, emergências, etc.). Isso implica um certo fluxo de pessoas e de informação entre níveis de atenção distintos, fluxos esses que devem corresponder às necessidades das pessoas.

Indicamos aqui os elementos centrais da idéia de regionalização e hierarquização, que configuram tão somente uma diretriz geral, e seus fundamentos básicos. Contudo, essas diretrizes podem ser e são apropriadas de diversas maneiras, gerando, em alguns casos, detalhamentos do que podemos chamar de modo ideal de funcionamento da rede de serviços de saúde. Em outras ocasiões, o modo de implementação de um certo modelo pode ressignificá-lo. É nesses casos que podem surgir tensões entre esses modelos ressignificados e a integralidade, ou mesmo o direito universal ao acesso, que passo a examinar.

Este pequeno texto aborda, ainda que de modo inicial, algumas dessas tensões, sobretudo sobre modos de implementar os modelos de rede regionalizada e hierarquizada, sobre as relações com os territórios e sobre as portas de entrada.

O modelo (ideal) de uma rede regionalizada e hierarquizada

Um dos modos de apropriação do modelo de uma rede regionalizada e hierarquizada utiliza o que podemos denominar de procedimento normativo. Este consiste fundamentalmente em apresentar propostas de intervenção decorrentes exclusivamente do desenho de um certo deve-ser, sem antes compreender com profundidade o que acontece na realidade e o que é discrepante com nossas aspirações⁴. No caso específico do modelo de regionalização e hierarquização, no plano operacional, esse procedimento se expressa através de um conjunto de normas, que refletem exatamente os papéis de cada unidade. Normas que tentam organizar os fluxos das pessoas pelo sistema.

Por exemplo, diante da definição de que um certo hospital deve operar como uma unidade de referência para a população que vive em determinado território (definição do papel da unidade na rede), e que não deve atender à demanda espontânea, mas apenas a pacientes referidos a partir da atenção básica (norma de fluxo), estabelece-se um setor (por vezes ironicamente chamado de acolhimento) para triar a demanda que chega à unidade, garantindo o atendimento apenas aos pacientes residentes na área de abrangência e que tenham sido referidos pelo primeiro nível de atenção, assegurando ainda o atendimento a situações que, aos olhos do triador, configuram-se como de urgência ou emergência. O que é importante para caracterizar o caráter normativo não é o recurso ao uso de normas, mas o fato de que as normas não derivam da compreensão das razões pelas quais um grande conjunto de pessoas não encaminhado pela atenção básica, ou não residente na área estabelecida, teima em buscar o atendimento nessa unidade.

Se olharmos com atenção, esse modo de tentar operacionalizar o modelo ideal, embora possa ser visto como uma prática educativa, é

⁴ Esta noção de procedimento normativo é tomada de uma das primeiras formulações de Carlos Matus, em seu *Estratégia y plan* (MATUS, 1972, p. 101).

apenas o exercício do poder de vedar o acesso aos serviços de saúde demandados. A consequência mais previsível desse modo de operação é levar o usuário que não conseguiu lograr o acesso ao serviço que pensava necessitar a concluir que ele precisa de um plano de saúde (na suposição, não necessariamente real, mas eficaz simbolicamente, de que na saúde suplementar ele teria direito ao acesso sonhado). Ou seja, esse modo de proceder, além de obstruir o acesso (negando de fato o direito), corrói a legitimidade do SUS.

Alternativamente ao procedimento normativo, diríamos que, para que sejam eficazes, as propostas precisariam, diriam nossos planejadores estratégicos, se concentrar nos determinantes do fluxo real das pessoas no sistema, para, intervindo nos nós críticos da grade de explicação desses fluxos considerados inadequados, modificá-los. Por exemplo, suponhamos que um gestor, diante do modelo, considera que a grande demanda por pronto-atendimento na emergência de um hospital por questões de saúde, que poderiam ter sido facilmente resolvidas no primeiro nível de atenção. É um problema a ser resolvido; problema que ele explica pela constatação de que a cobertura do primeiro nível de atenção no município é baixa – o que poderia ser resolvido pela decisão de ampliar o primeiro nível de atenção. Nesse exemplo, o gestor supera o traço quase caricatural de tentar forçar a adesão das pessoas através do poder de impedir o acesso aos serviços de saúde demandados. Sua aposta aqui seria que, ao aumentar a cobertura da atenção básica, se logrará reduzir aquela demanda espontânea vista como inadequada.

Contudo, uma crítica pode ser feita: quem é que diz que esse modelo é o ideal? É o ideal para quem? Pergunta crítica quando pensamos que a participação popular deve ser levada em conta. O ponto crítico, entretanto, que gostaria de destacar aqui, é a hipótese de que esse modelo ideal traduza muito mais uma racionalidade médica, que busca ordenar em seu próprio modo os fluxos, do que as necessidades das pessoas. Ou que não levam em conta, de modo abrangente, as necessidades das pessoas. Em outros termos, a hipótese a ser examinada aqui é que há modos de pensar a rede regionalizada e hierarquizada que podem contradizer a idéia de integralidade. É isso que procuraremos examinar em seguida.

Territórios

Subjacente à idéia de regionalização, existe um princípio: o de que as necessidades de serviços de saúde devem ser atendidas o mais próximo possível do lugar (ou dos lugares) onde as pessoas vivem. Entretanto, um certo entendimento corrente fixa o lugar da vida como o lugar da moradia, como se as pessoas vivessem no lugar onde moram. Obviamente nem sempre é o caso.

Alternativamente, podemos conceber os territórios como projeções espaciais das relações sociais. Assim entendidas, podemos falar em territórios onde certos grupos populacionais vivem como os espaços pelos quais circulam ao longo da sua vida. O território onde uma pessoa vive, nesse entendimento, incluiria o lugar onde mora, o lugar onde trabalha, os lugares percorridos recorrentemente no seu cotidiano... A amplitude desses territórios é construída socialmente, e fortemente influenciada pelas formas de transporte utilizadas.

Se nos arranjos sociais da vida rural e dos pequenos povoados, os territórios onde vivem as pessoas podem eventualmente ser bem circunscritos, nas grandes regiões metropolitanas tal não acontece. Os lugares de moradia freqüentemente ficam distantes dos lugares de trabalho, de modo que cotidianamente grandes distâncias são percorridas. Nesse contexto, como entender o lugar no qual se vive? O que significaria, nesse contexto, reduzir o local aonde vive ao lugar aonde mora?

Para responder a essa questão, devemos primeiramente considerar que o modelo de regionalização e hierarquização pressupõe dois tipos de vinculação territorial: um primeiro, o estabelecido no primeiro nível de atenção, e um segundo, pelos demais níveis de atenção.

É interessante a tese de que a atenção básica se organize a partir de uma população adscrita. Isso abre possibilidades para o desenvolvimento de uma forma de vínculo entre profissionais e usuários, de modo que seus modos de andar a vida sejam conhecidos pelos profissionais, tanto nas suas dimensões coletivas (características de um grupo social que vive em um certo território) e singulares (relativas à trajetória de cada um). Mais do que isso, que tal conhecimento sobre os modos de andar a vida de fato influenciem as práticas desses profissionais. Pois sonhamos que em cada encontro entre profissionais de saúde com usuários haja uma fusão de horizontes, da qual emane um projeto terapêutico individualizado que dê resposta articulada às neces-

sidades assistenciais e de prevenção. Daí ser bastante razoável pensarmos que a atenção básica tenha como base um território de pequena dimensão. Mais do que isso, o conhecimento do território pela equipe de saúde permite a atuação diretamente junto à comunidade, sobre o próprio território, procurando melhorar as condições de vida dessa população. Por tudo isso, é razoável pensar que esse tipo de território deva ser definido a partir do lugar de moradia.

Essa idéia orienta a estratégia da saúde da família, por exemplo. Mas nessa mesma estratégia podemos, em certas circunstâncias nos deparar com alguns problemas, postos pela forma como se estrutura a vida social nos espaços. Um exemplo típico: em cidades-dormitório (que recebem essa designação em decorrência do fato de que muitos de seus habitantes trabalham em outros municípios). Como estreitar vínculos e responder à maioria dos problemas de saúde dessa população que de segunda a sexta está no horário comercial em outro município se a equipe do PSF só trabalha de segunda a sexta exatamente nesse mesmo horário? Do ponto de vista do usuário, pode parecer fazer sentido faltar ao trabalho para buscar a equipe de saúde quando ele apresenta um sofrimento de certa intensidade (ou quando um filho ou filha apresenta um sofrimento). E poderia ser uma vantagem se essa equipe de saúde pudesse dar-lhe plena e pronta resposta a esse sofrimento manifesto. E, é claro, na vigência desse sofrimento manifesto, surgiria uma oportunidade de encontro com a equipe do PSF e, portanto, de uma leitura ampliada de suas necessidades, da qual possivelmente decorreriam propostas de novos encontros futuros (de novas faltas ao trabalho?). Mas, seguindo explorando o exemplo, se quando do episódio do sofrimento manifesto a equipe estiver intensamente atarefada com as atividades de promoção da saúde, e não conseguir aproveitar essa oportunidade, certamente esse usuário aprenderá que “na hora do aperto” deve buscar outro serviço de saúde próximo. Próximo, talvez, não ao lugar onde mora, mas ao território onde vive, talvez mais perto de seu trabalho, por exemplo. Decisão que, nesse caso, seria bastante razoável.

Mas se esse morador dessa cidade-dormitório tem um problema crônico que exige um acompanhamento, pode ser que seja mais conveniente para ele ser acompanhado num lugar próximo a seu trabalho (reduzindo o tempo de ausência do mesmo) do que “perder o dia”

para buscar o cuidado junto à unidade básica do lugar onde mora. Ou seja, para que faça sentido defender que a atenção básica deve ser oferecida perto do lugar de moradia, é necessário que o modo de operação da equipe de saúde seja compatível com as necessidades da população. É claro que uma alternativa para as cidades-dormitório seria o PSF funcionando aos sábados e domingos nessas localidades.

O que levantei sobre as cidades dormitórios se aplica, em maior ou menos grau, a quase todas as equipes de saúde da família no que diz respeito aos moradores que trabalham fora do território da equipe de saúde da família.

Outras questões dizem respeito aos locais de trabalho situados no território de uma equipe do PSF, ou às populações de rua que habitam nas ruas dos lugares dos territórios das equipes do PSF. O que quero destacar é que, no que diz respeito à atenção básica, faz sentido pensar que o lugar de moradia possa ser um dos eixos organizadores da definição de uma população sob a responsabilidade de uma equipe, mas na condição de que os modos de operação (incluindo os horários) sejam compatíveis com as necessidades dessa população adscrita.

Tratei do território da atenção básica. Mas há um segundo território das unidades de outros níveis. A lógica aqui é bem distinta da lógica da atenção básica. Novamente é necessário distinguir as áreas rurais com baixa densidade demográfica e dificuldades de deslocamento, das áreas urbanas de grande densidade demográfica e malha de transporte estabelecida. Nas primeiras, as dificuldades de deslocamento praticamente reduzem as alternativas de unidades de referência. Já nos grandes centros urbanos, a facilidade relativa de longos deslocamentos pode fazer com que seja eventualmente mais fácil e prático ir a uma unidade mais distante do que a uma mais próxima do lugar de moradia. Isso por várias razões: proximidade do local de trabalho, meio de transporte acessível mais prático, melhor conhecimento pelo usuário do modo de chegar à unidade, algum vínculo já estabelecido com aquela unidade. Não são claras as razões para impor uma escolha por proximidade geográfica do lugar de moradia que não leve em conta essas variáveis.

Em outros termos, se há razão para se estabelecer uma unidade de referência, esta seria a facilidade de acesso aos moradores de uma região. Mas, como já foi visto, nos grandes centros urbanos,

a proximidade do local de moradia nem sempre é um bom critério para definir a facilidade de acesso. Melhor, nesse caso, era deixar ao usuário o direito de decidir aonde ir, pois ele, melhor do que ninguém, consegue fazer o balanço das diversas variáveis-chave para isso. Aliás, a idéia de agendamentos através de centrais de marcações, nas quais sejam oferecidas opções de escolha de unidades de saúde com dias e horários alternativos, cria a possibilidade de manter a relação de hierarquia dos níveis de atenção sem fixar fluxos obrigatórios ou coercitivos.

Pode-se argumentar que as relações territoriais para os outros níveis de atenção se fazem não apenas entre territórios, mas fundamentalmente através de atenção básica. Nesse caso, poderia existir uma vantagem em definir para cada equipe uma única unidade de referência. Contudo, um esquema que preserve a escolha dos usuários não impede tais relações, porque as escolhas não se dão em função do livre arbítrio, mas se dão em função do modo como se estrutura a vida social no território urbano. Em outros termos, moradores de uma área de abrangência de uma equipe do PSF partilham de um modo de andar a vida coletivo, que articula oportunidades de trabalho, renda, local e condições de moradia, acesso a escolas, acesso a certas formas de transporte. Deste modo, a escolha pelos usuários da unidade a que devem ser encaminhados tende a ser recorrente numa população restrita, de modo que é possível construir as relações entre equipes de atenção básica e equipes das unidades.⁵

Do que já foi dito, concluo que, se a base territorial para as unidades de saúde faz sentido, ela o faz por refletir a territorialização da vida social. A rede de serviços de saúde deveria responder à necessidade de acesso aos serviços de saúde, sintonizando-se com a dinâmica que estrutura a vida social, quer ajustando seus horários e formas de trabalho, quer ajustando-se aos fluxos preferenciais dos usuários. De qualquer forma, a delimitação dos territórios e das relações de referência devem ser feitas sempre centradas no usuário.

⁵ As dificuldades dessa articulação são de outra ordem, que não da proximidade entre o local de trabalho da equipe de atenção básica e o local da unidade de referência. O tema, de alta complexidade, transcende os propósitos deste texto.

Portas de entrada

Quando se discute a organização da rede de serviços de saúde, a expressão *porta de entrada* é freqüentemente utilizada. Na descrição tradicional do modelo de rede regionalizada e hierarquizada, ela aparece na tese de que a atenção básica deva ser a única porta de entrada no sistema de saúde. Essa tese, entretanto, é muito problemática; na melhor das hipóteses, ela é muito imprecisa, e merece ser examinada criticamente.

Para ilustrar a imprecisão, basta indagar a seguinte questão: o que deve fazer uma pessoa que subitamente comece a sentir uma forte dor no peito, como um aperto dentro do peito, acompanhada de uma sudorese intensa e de enjôo? Que serviço de saúde ela deve procurar de imediato? Podemos recomendar que, nessa situação, ela procure a unidade básica? A resposta a esta pergunta é imediata: de modo algum. O ideal é que ela ligue para o SAMU, ou procure de imediato a emergência do hospital mais próximo. Portanto, nem sempre o local de busca inicial de ajuda por um sofrimento manifesto deve ser a atenção básica. Das duas uma: ou a tese de que a atenção básica deva ser a única porta de entrada do sistema está equivocada, ou a expressão *porta de entrada*, na forma como aparece nesse uso, não se refere aos locais de busca de ajuda quando alguém necessita de um cuidado de saúde qualquer.

Examinemos a segunda possibilidade: a expressão *porta de entrada do sistema* poderia ser entendida como o primeiro contato na vida do sujeito com o sistema de saúde. A tese enunciada indicaria o sonho de que todos os cidadãos tivessem, a partir de seu encontro com profissionais de saúde nessa porta de entrada, uma forma de acompanhamento de suas necessidades de serviços de saúde (e, por que não sonhar, de suas necessidades de saúde⁶). Ou seja, nesse sentido, a tese de que a atenção básica deveria ser a porta de entrada do sistema de saúde não significaria que as pessoas devam sempre procurá-la em primeiro lugar diante de qualquer evento que interfira

⁶ As necessidades de saúde são muito abrangentes. Cecílio e Matsumoto (2006) desenvolvem uma taxonomia dessas necessidades. Utilizo a expressão *necessidades de serviços de saúde* no mesmo sentido que esses autores designam em sua taxonomia por *garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida*.

na sua saúde. O sonho aqui seria o seguinte: se alguém chega numa emergência (por meios próprios, meios de sua comunidade ou através do SAMU) com o quadro de um infarto agudo do miocárdio, que não seja neste momento que ele tenha reconhecida sua eventual hipertensão, ou seu diabetes, ou ainda que ele (ou ela) tome ciência de que tinha um grande número de fatores de risco. O sonho é que nesse momento, se ele tivesse pressão alta, esta já tivesse sido identificada antes, e as estratégias de seu controle já estivessem em andamento; que se ele tivesse diabetes, esta doença já tivesse sido diagnosticada e as estratégias de controle postas em ação; e que se ele fumasse, ele o fizesse com plena consciência dos riscos dessa sua decisão. Ou seja, o sonho é que ele já esteja sendo acompanhado nas suas necessidades de cuidados de saúde.

Mas nesse sentido, caberia rever o estatuto da atenção básica como única porta de entrada. Não deveria ser a maternidade, ou a casa de parto, ou ainda a parteira, as portas de entrada no sistema? Ou melhor, o sonho não seria o de que todos estejam no sistema?

Por sua vez, para evitar o viés normativo, necessitamos analisar com mais profundidade a realidade que contrasta com o nosso sonho. E o contraste indica que de fato nem todos estão no sistema. Ou seja, existem pessoas cujas necessidades de serviços de saúde (e as necessidades de saúde) não estão concretamente identificadas. Embora possamos falar delas em geral, aquele sujeito em particular não teve encontros com os profissionais de serviços de saúde que permitissem ao longo de sua vida um processo de reconhecimento e de resposta ao conjunto de suas necessidades de serviços de saúde. Não que esses sujeitos não tenham tido nenhum encontro com profissionais de saúde (embora isso possa eventualmente acontecer), mas, pelo menos na maioria dos casos, que esses sujeitos tiveram encontros que não possibilitaram uma apreensão ampliada de suas necessidades de serviços de saúde.

Diante disso, há a possibilidade de que pessoas se apresentem nos serviços de saúde em situações muito longe das idealizadas por nós. E é nesta condição concreta que precisamos operar o nosso dever de garantir a todos o acesso às ações e serviços de saúde.

Por exemplo, aquele sujeito que buscou a emergência com uma dor precordial e quadro sugestivo de infarto agudo do miocárdio (assim, um médico leria aquele relato que apresentei anteriormente), pode não saber que tem hipertensão arterial, ou um nível de colesterol alto, ou diabetes, ou não saber que o fumo aumentou seu risco de vir a ter um infarto. A questão básica aqui é: como se portarão os profissionais da equipe de emergência diante dessa situação? Eles se limitarão a buscar identificar a doença subjacente ao sofrimento manifesto daquele sujeito (seria de fato um infarto, ou apenas uma angina, ou ainda um espasmo esofágico?), Ou eles reconhecerão no modo de andar a vida daquele indivíduo em que medida ele já está incluído no sistema, atuando também no sentido de propiciar essa inclusão? Os profissionais se vêem como efetiva porta de entrada, ou, ao contrário, reduzem sua responsabilidade sobre o cuidado a partir de alguma norma que delimita que a porta de entrada deveria ser outra (na atenção básica)?

Ver-se como porta de entrada aqui significa ver-se como o profissional a quem cabe identificar de modo abrangente as necessidades de cuidado apresentadas por um sujeito concreto, ou organizar um plano de cuidados (ou um projeto terapêutico) individualizado que organiza no tempo e no espaço sua realização. Isso nos leva a um outro modo de pensar a porta de entrada, que julgo decorrente dos imperativos da integralidade como valores a serem defendidos nas práticas de saúde. Aqui, a porta de entrada é tão somente o lugar de um encontro específico entre equipe de saúde e usuário que desencadeia a construção de um projeto terapêutico individualizado. Essa porta de entrada não se define no plano ideal, mas no plano da realidade concreta. Nesse sentido, gestores não estabelecem (e não devem estabelecer) portas de entrada. Portas de entrada são construídas socialmente, e em processos de grande complexidade. Elas refletem as histórias e os dramas de busca do acesso em condições concretas.

Assim entendida, a tarefa da gestão do cuidado não seria a de criar normas para ordenar os fluxos de certos pacientes, mas sim contribuir para que os profissionais, vendo-se como portas de entrada, sejam capazes de propor um fluxo que responda às necessidades da pessoa.

Por um modo de organizar a rede de serviços de saúde orientada pelo direito ao acesso e pela integralidade

Os argumentos anteriores me levam a rever algumas características dos modelos de organização da rede de serviços de saúde. Primeiramente, tais modelos devem levar em conta os territórios da vida social, em toda a sua complexidade. Se faz sentido que a atenção básica seja configurada sobre uma base territorial ligada à moradia, é imperativo que seu *modus operandi* respeite a dinâmica da vida da localidade. Isso inclui a adequação dos horários a essa dinâmica. Por sua vez, essa base territorial deve ser eventualmente flexibilizada, sobretudo nas ocasiões em que pode ser interessante para a conveniência dos usuários, que formas de acompanhamento inerentes à atenção básica sejam feitas em outras unidades – por exemplo, próximas de locais de trabalho.

Em segundo lugar, devemos abandonar a idéia de porta de entrada única. São várias as portas de entrada: atenção básica, SAMU, emergências, ambulatorios de especialidades. Podemos eventualmente sonhar com uma configuração que modifique o padrão de portas de entrada existentes (por exemplo, reduzindo a utilização de ambulatorios especializados como porta de entrada), mas nem assim é desejável chegar à porta de entrada única.

Em terceiro lugar, as eventuais mudanças nos padrões de utilização das portas de entrada não devem ser realizadas por normas de controle do acesso em pontos do sistema, mas através do acolhimento e da orientação dos fluxos de modo a atender às necessidades. Em outros termos, a proposta de rede regionalizada e hierarquizada só é boa na medida em que facilite o atendimento integral das necessidades das pessoas. Exatamente por isso, não faz sentido dificultar o acesso das pessoas na tentativa de construir a rede regionalizada e hierarquizada.

Em quarto lugar, nós, profissionais de saúde, independentemente do ponto da rede em que atuemos, devemos estar disponíveis para sermos portas de entrada, no sentido de exercermos a tarefa de reconhecer entre nossos usuários aqueles que, na sua trajetória, ainda têm necessidades de serviços de saúde não atendidas, para esboçar um plano de cuidados abrangente e individualizado, incluindo o desenho de fluxos adequados à sua implementação.

Referências

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 37-50.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MATUS, C. *Estrategia y plan*. México: Siglo XXI, 1972.



O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde

SUELY F. DESLANDES

Neste texto propomos discutir, inicialmente, os contextos possíveis e vigentes da negação do cuidado como um valor, que denomino de *cenários de banalização do sofrimento*. Este exercício se faz necessário como alerta, como ponto de partida para compreender o que pode ser designado como um *ethos* do cuidado humanizado em saúde. Não se trata de demonstração pedagógica de um quadro moralmente inaceitável, mas de busca de aprofundar o conhecimento de lógicas poderosas, cotidianas e naturalizadas. A seguir discuto a importância da alteridade na produção do cuidado humanizado, incluindo assim dois eixos reflexivos que se completam: o cuidado como valor e o valor do cuidado.

Começo minha reflexão sobre o que constitui a banalização do sofrimento do outro e o que levaria a esse não-reconhecimento. A seguir buscarei complexificar essas práticas à luz das mediações organizacionais e culturais que envolvem as interações entre profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde.

Como se sabe, o adjetivo banal tem como sinônimos vários termos correlatos, tais como comum, ordinário, trivial, corriqueiro e vulgar. Mas se tomamos o verbo banalizar, seu contexto semântico e social começa a mudar e ganhar outros tons. Banalizar é justamente a ação de um sujeito, grupo ou instituição em considerar algo comum, ordinário, trivial, corriqueiro e vulgar. Banalizar é um ato de atribuição desses valores ao objeto, pessoa ou relação em questão, independentemente do valor *per se* destes. É um exercício de designar

que envolve um capital de poder nesta atribuição, não raro revelando relações de hierarquia, domínio e subordinação.

Precisamos ainda fazer uma pontuação sobre os intrincados conceitos de doença, sofrimento e perturbação. Como mostram Duarte e Leal (1998), são conceitos dinâmicos e imbricados. Tratam das designações biomédicas e leigas de sentir-se mal física, mental ou moralmente, e ser reconhecido, seja científica ou culturalmente, como alguém que demanda cuidados. A categoria sofrimento é rica de significados, plástica em suas aplicações. Como bem definem Rodrigues e Caroso (1998), pode significar ao mesmo tempo uma doença, a experiência de estar doente e a emoção que ela implica. Pode também ser definidora de uma identidade pessoal (“aquele que sofre”, “pessoa marcada pelo sofrimento”) ou social (grupo ou classe vista como sofredora).

Então retomemos a questão central: o que leva alguém vinculado à produção de cuidados em saúde a banalizar o sofrimento do outro (tomado então pela instigante definição anterior)? Falamos agora de um campo circunscrito de práticas técnicas e sociais de cuidado em saúde. Podemos então criar pelo menos quatro inferências interpretativas:

- o sofrimento do outro é lido como um “sofrimento ordinário, corriqueiro, etc.”, enfim *um sofrimento suportável*. Banal é o seu sofrimento, porque é menor, suportável, menos grave;
- porque o outro é destituído de atributos considerados merecedores de distinção, assim, o outro e seu sofrimento são igualmente comuns, ordinários, corriqueiros e vulgares; *o outro é banalizado e tudo que lhe diz respeito, inclusive seu sofrimento*;
- o sofrimento do outro raramente mobiliza vínculos empáticos porque o sofrimento do cuidador também foi banalizado;
- o sofrimento do outro se torna meramente um contexto usual, naturalizado no *modelo cultural de cuidados médicos profissionais* (regido pela racionalidade biomédica tradicional).

Como as duas últimas hipóteses já foram amplamente debatidas pela literatura, ora pela psicopatologia do trabalho (DEJOURS, 1987 e 1999), ora pelos diversos estudos sobre a racionalidade biomédica e as análises antropológicas do modelo médico profissional (CLAVREUL, 1983; HELMAN, 1994; FALKUM; FORDE, 2001; LUZ, 2004; CAMARGO JUNIOR, 2005), buscarei me deter mais nas primeiras propostas.

Primeiro devemos tomar o cuidado de não tomar de forma maniqueísta e generalizada este outro sendo qualquer usuário e o profissional sendo aquele que sempre designa de banal seu sofrimento. Esta não é uma prática deliberada ou sistemática. Não esqueçamos ainda que, às vezes, essas situações e papéis também podem se inverter. Nas intrincadas relações entre profissionais, gestores, usuários e seus familiares, tendo como cenário um sistema de serviços nem sempre acessível ou efetivo, o sofrimento do profissional pode também ser banalizado (e freqüentemente o é). No cotidiano dos serviços, os usuários e os profissionais estabelecem relações de empatia, solidariedade, mas também de conflitos e violências diversas (DESLANDES, 2002). Essas interações serão muito diversas de acordo com o contexto do atendimento, a forma de organização do serviço e do que se compreende ser adequada a demanda ou “real” a gravidade e a urgência da situação.

Mas voltemos ao ato de designar esse sofrimento como banal. Tomemos estas inferências como disparadores, como artifícios para desvendar as possibilidades e as bases do ato de banalizar o sofrimento deste outro-usuário. Discutir tal atitude demanda resgatar o contexto de organização dos serviços e as lógicas de seus agentes e interlocutores.

A primeira inferência diz respeito a uma classificação de **sofrimento menor – banal**. Podemos tomar como exemplos dois campos completamente distintos dos cuidados de saúde em que esta lógica se materializa com muito vigor: os cuidados de urgência/emergência e os cuidados ao parto.

No contexto dos serviços de emergências, há décadas se observa um crescimento vertiginoso de pessoas que buscam o atendimento com o que pode ser classificado por “demandas ambulatoriais”, inflando os serviços de urgências. Esse fenômeno é amplamente retratado há anos na literatura nacional e também internacional (MALONE, 1998; STEG, 1994). O número de atendimentos/dia das emergências dos centros urbanos atinge, de fato, magnitudes impressionantes.

Muitas explicações se alinham, ora numa vertente que focará o pólo da população e seu capital de informação, conhecimentos e escolhas, ora naquela que focará os aspectos relacionados à organização do sistema público de saúde. Essas duas vertentes não são antagonicas, ao contrário, são geralmente associáveis em perspectivas

explicativas mais densas. Sabe-se que a população tem buscado os serviços de emergências por motivos diversos (MAGNUSSON, 1980; JACOBS; MATOS, 2005): baixa resolutividade das unidades básicas (disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos); dificuldade de acesso (marcação de consultas envolvendo meses de espera, filas longas, horários restritos de atendimento); utilização dos serviços pela população de municípios menores / com menor investimento na rede própria ou conveniada. No que concerne ao comportamento da população, as leituras irão variar consideravelmente, seja interpretando a opção pelo serviço de urgência como cálculo imediatista do usuário, seja atribuindo à população falta de informação e discernimento para saber o que é de fato uma urgência, até os estudos que buscam a compreensão dos significados atribuídos pelos usuários ao serviço de urgência e ao conceito de urgência propriamente dito.

Assim, alguns crêem existir um imediatismo pragmático que levaria a população a buscar a urgência, independentemente de seu estado clínico e mesmo tendo acesso a outros serviços. Supostamente seria mais “cômodo” buscar o serviço de urgência porque se sabe que ali serão encontrados médicos de várias especialidades, exames, medicamentos e quicá um atestado médico, tudo reunido num único atendimento.

Essas explicações ganham sentido diferente quando lembramos a *via crucis*, o tempo e os gastos que um usuário, não raro, arca entre ter um primeiro atendimento, ter seu diagnóstico apoiado por suporte de exames adequados e ter acesso aos medicamentos de que precisa. Quantos serviços precisará procurar, quantas horas, quantas filas, quantos reais em passagem? Apesar de todas as ressalvas feitas pelos usuários quanto à demora do atendimento, o desconforto de estar numa urgência e a impessoalidade do cuidado, o serviço de urgência desfruta de boas avaliações de satisfação (BRAGA JUNIOR *et al.*, 2005; DESLANDES, 2002).

Outros interlocutores explicam o fenômeno por atribuir à população o desconhecimento do que realmente constitui uma urgência. Assim, por qualquer “necessidade menor”, o serviço de urgência seria procurado equivocadamente – o que supostamente poderia ser minimizado com amplas campanhas de esclarecimento.

Finalmente, alguns estudos buscam compreender os sentidos atribuídos pela população a uma demanda urgente de atendimento, para

além da idéia de desinformação, de lacuna de conhecimento. Estudo de Jacquemot (2004) revela que a atribuição do sentido de urgência de uma situação de sofrimento é construída coletivamente e sempre relativa a um contexto. Num exemplo de uma chamada para atendimento de serviço de resgate, Armelle narra a história de uma família que considera urgente o cuidado da anciã com tuberculose, cuja tosse noturna insistente não permite que ninguém durma no pequeno casebre, afetando o necessário repouso do genro trabalhador. A urgência aí não se pauta por gravidade clínica, mas pela insustentabilidade de uma situação atual que envolve sofrimento físico e mental. Neste sentido, como mostra a autora, ao contrário dos usuais critérios técnicos, os sentidos leigos de urgência estão também associados a situações que persistem ao longo do tempo, que não se resolvem pelos expedientes normais. Isto vale até mesmo para uma febre infantil que não cede, para uma dor de cabeça que não passa. Afinal, o que estaria por trás de um mal-estar tão constante?

Em outros termos, o que busco demonstrar neste exemplo paradigmático (e dramático) que constitui o cuidado nos serviços de emergência é o confronto entre a lógica biomédica que demarca tecnicamente o que é legítima urgência e legítima missão de seus agentes; a lógica leiga que também interpreta o que vem a ser urgente por parâmetros próprios, e a arena deste embate – o contexto real do sistema de saúde e de sua oferta de serviços.

Assim, é comum se ouvir que não se trata absolutamente de julgar a natureza do sofrimento do outro, mas estabelecer critérios para reconhecer demandas adequadas ou inadequadas segundo parâmetros técnicos estabelecidos para o atendimento de casos de urgências e emergências. Que o desejável seria poder evitar atendimentos de níveis menores de gravidade, permitindo que melhor se dedicasse à prestação de um serviço de maior qualidade. Mas é justamente aí que se estabelece uma sutil interface simbólica entre “demanda inadequada” e “sofrimento ilegítimo”. É apoiado neste raciocínio que se abre a possibilidade de plasmar uma “demanda inadequada”, segundo um viés de organização do sistema de serviços, para a idéia do “usuário inadequado” e inoportuno.

Outro exemplo emblemático da designação de sofrimento inadequado / inoportuno se relaciona aos cuidados ao parto. Vários

estudos têm apontado que o sofrimento físico e as fantasias que atemorizam as mulheres no pré-parto são vistas por profissionais como exageradas e suas demonstrações como inadequadas. O trabalho de parto e suas dores são tidos como naturais, porque intrinsecamente fisiológicos e, portanto, inevitáveis (ROHDEN, 2001; TORNQUIST, 2003; WAGNER, 1994).

A sala de pré-parto e de parto têm sido territórios de disciplinamento comportamental. Na sala de pré-parto a parturiente é isolada dos familiares, examinada por profissionais que se revezam sem quaisquer apresentações mínimas e vagamente informada das etapas da evolução do trabalho de parto (DIAS; DESLANDES, 2006). Por sua vez, a “boa parturiente” deve ser comportada e cooperativa, controlar espartanamente suas reações da dor e não solicitar demasiada atenção ao profissional.

As muitas iniciativas de humanização aos cuidados do parto têm buscado modificar esse modelo, reconhecendo o direito da parturiente de ter um acompanhante e provendo suporte emocional e acolhimento profissional neste *setting*. (BRASIL/MS, 2001).

Passemos agora a outra faceta possível da banalização do sofrimento: **quando o outro é banalizado e tudo que lhe diz respeito, inclusive seu sofrimento.** Aqui falamos de um cenário de negação do outro.

Este outro, seja por negação da diferença, seja por atribuição de menor *status* social ou moral, será desmerecido em seu sofrimento. A atribuição de menor *status* social se materializa claramente nos jocosos apelidos de “pé inchado”, “poli-esculhambados”, “chulé”, entre outros designativos dados à população pobre. Trata-se de um preconceito social que pode vir à tona num final de plantão, quando o cansaço cobra seus ônus, quando o usuário reclama mais insistentemente atenção ou mesmo invisivelmente presente em conversas informais e chistes. Certa feita, ouvi um profissional reagir da seguinte maneira diante da insistente solicitação de um usuário por um lençol que cobrisse a maca metálica e gelada que substituía o leito do hospital: “não tem nem cama na casa dele e aqui fica querendo tratamento de luxo”.

De cidadão, o sujeito pobre é reduzido à condição de “carente”, cujos direitos de atendimento digno são reinterpretados como benesse ou esforço pessoal do profissional. Atendimento esse que se espera, em contrapartida, imediata gratidão.

A desqualificação moral do outro e de seu sofrimento por sua vez pode também estar associada a pacientes resistentes ao tratamento (caso de destaque aos portadores de doenças crônicas), alcoolistas, drogaditos e, especialmente, os suicidas. Estes são aqueles cujas próprias condutas seriam vistas como únicas responsáveis pelo sofrimento e que, portanto, padecem merecidamente.

A **banalização do sofrimento do usuário também pode estar associada à banalização do sofrimento do profissional**. Baixos salários, más condições de trabalho, sobrecarga de trabalho, relações tensas entre equipe ou chefia, em condições prolongadas ou intensas conduzem ao que a Dejours (1987 e 1999) nomeia de sofrimento no trabalho. Situações identificadas pela psicodinâmica do trabalho como a “pressão por trabalhar mal”, “falta de esperança de reconhecimento” podem desencadear no trabalhador defesas psíquicas para lidar com o sofrimento. Como esse autor e outros estudiosos (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; LACAZ, 2000) apontam a banalização do mal que acomete ao trabalhador leva ao não-reconhecimento da dor do outro, tornando-o incapaz de exercício empático.

Por fim, para além destas hipóteses interpretativas sobre as condições de banalização do sofrimento do outro que estão diretamente relacionadas ao contexto da organização dos serviços, vemos ainda uma terceira importante inferência sobre os **mecanismos de produção dessa banalização. A racionalidade da cultura biomédica** que dá os contornos do modelo assistencial vigente.

Como Helman (1994) e Freidson (1988) demonstraram com incrível atualidade, o atendimento hospitalar é marcado historicamente por processos de despersonalização do doente, de destituição de sua autonomia até das decisões mais banais (o que vestir, o que comer, quando comer, quando tomar banho, andar, e até mesmo onde fazer xixi), de isolamento e de profunda desinformação sobre os procedimentos tomados para seu atendimento. A objetividade como “desapego” é forjada na formação dos agentes terapêuticos da biomedicina como requisito para a tomada de decisões adequadas e segue sendo adotada nas outras fases da relação do cuidado (HALPERN, 2001). Da mesma forma, a dicotomia operada pela prática de assistência entre corpo doente, campo de intervenção terapêutica, e a pessoa que sofre, continua presente no cotidiano dos serviços.

A valorização da alteridade na produção do cuidado em saúde é atual e sempre urgente. Uma perspectiva reduzida da prática clínica pode até ser praticada a partir de um esquema rigoroso de perguntas e repostas, do exame do corpo, da decodificação de seus sinais e sintomas, da correlação destes a um quadro nosológico e da aplicação de certa terapêutica. Entretanto, o cuidado em saúde numa perspectiva da integralidade envolve uma complexidade maior em que se produz e que funda esse encontro mais pleno com o outro (PINHEIRO; MATTOS 2003).

Tomamos aqui o conceito de cuidado humanizado como o conjunto ampliado e sinérgico entre atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos numa dada relação terapêutica. *Atitude* de respeito à diferença; ética a fim de prover melhor beneficência, respeitando a potencial autonomia do sujeito; de empatia ao sofrimento vivido; e de acolhimento a quem sofre. *Conhecimentos* de diversas ordens (biomédicos, humanísticos e de gestão) direcionados da maneira mais eficaz possível à produção de alívio, cura ou melhor condição terapêutica. E, finalmente, um conjunto de *procedimentos* que operacionalizam estes conhecimentos voltados ao mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e distintas segundo as necessidades de cada paciente.

O cuidado humanizado articula, portanto: 1) uma postura / atitude em relação ao outro, em relação a si mesmo como cuidador e à própria relação terapêutica; 2) mobiliza um certo nível de conhecimentos disponíveis, além de 3) envolver um conjunto de disposições organizacionais relacionadas às condições de produção desse cuidado.

O cuidado humanizado se afilia a um conjunto de valores conexos: de defesa da vida (CAMPOS, 2005), de busca de felicidade (AYRES, 2004 e 2006), de comunicação mais plena entre sujeitos (DESLANDES, 2004 e 2005; ONOCKO-CAMPOS, 2003 e 2004) e de cidadania (BENEVIDES, 2005 e 2006).

Quando nos referimos ao cuidado humanizado em saúde, portanto, mais que de um valor único, falamos de um *ethos* de cuidado, isto é, nos referimos a uma ética definidora de práticas e identidades. Em contrapartida, o valor do cuidado humanizado não é mensurável por indicadores padronizados, como não o é a vida, a felicidade etc. A humanização do cuidado ganha um *status* instituinte que se associa aos demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e os potencializa.

O perigoso equívoco é, a meu ver, crer que esse *ethos* é espontaneamente gerado, como fruto voluntarista dos agentes de cuidado. É antes de tudo um investimento do movimento sanitário brasileiro, de estudiosos, profissionais e gestores. É, acima de tudo, expectativa antiga e direito das pessoas que necessitam de cuidados em saúde.

A produção e reprodução desse *ethos* pelos agentes ligados à produção de cuidados demandam estratégias a serem continuamente implementadas. Se fazem necessárias a produção de fóruns de debate e de formação continuada do trabalhador de saúde focando a alteridade cultural, presente no processo de cuidado, e discutindo criticamente o modelo de cuidados no que concerne aos processos de despersonalização, desinformação, isolamento e desautonomização dos sujeitos. Vale pontuar que muitas escolas de formação de profissionais de saúde sequer discutem os princípios do SUS nessas formações. Assim, correlação da humanização do cuidado aos princípios norteadores do SUS também se faz mister para evitar leituras “caritativas” desse *ethos*.

Outra estratégia para a consolidação desse *ethos* é fortalecer os coletivos desses trabalhadores, de forma crítica e pautada por compromissos éticos de respeito ao outro, de valorização da vida e de lutas por condições de trabalho adequadas. Investir na incorporação das tecnologias de acolhimento e escuta nos diferentes campos de atenção também é um desafio necessário. Tecnologias que, como qualquer outra, também demandam domínio de conhecimento, aprendizagem, exercício e supervisão.

Termino aqui pontuando que mudanças só se efetivam se tomadas como expressão legítima do saber-fazer que alia o domínio da técnica e uma perspectiva ético-política. Só são tomadas se reconhecidas como expressão de um viver melhor. Mas sobretudo, se adotadas no dia-a-dia de cada plantão, nos encontros ordinários e extraordinários entre usuários, familiares e trabalhadores de saúde.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

_____. Humanização da assistência hospitalar e cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 15-17, 2004.

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BENEVIDES, R. Apresentação. *Interface (Botucatu)*, v. 10, n. 20, p. 279-279, 2006.
- BRAGA JUNIOR, M. B. *et al.* Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. *Acta ortop. bras.*, v. 13, n. 3, p. 137-140, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher*, Brasília: MS, 2001.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. A biomedicina. *Physis*, v. 15, n. esp., p. 177-201, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- _____. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- _____. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- _____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.
- DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FALKUM, E.; FORDE, R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, n. 52, p. 239-248, 2001.
- FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. G. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- HALPERN, J. *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*. New York: Oxford University Press, 2001.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005.
- LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde / doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- MAGNUSSON, G. The role of proximity in the use of hospital emergency department. *Sociology of Health and Illness*, v. 2, n. 2, p. 202-214, 1980.
- MALONE, R. E. Whiter the almshouse? Overutilization and the role of the emergency department. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 23, n. 5, p. 795-832, 1998.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Cuidando do futuro cuidador. In: DE MARCO M. A. (Org). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 23-25, 2004.
- _____. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 64, p. 123-130, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.
- RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-150.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- STEG, A. Restructuring of emergency services: a safety imperative. *Bull Acad Natl Med.*, v. 178, n. 8, p. 1.475-92, 1994.
- TORNIQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, sup. 2, p. s419-427, 2003.
- TURBET, S. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- WAGNER, M. *Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology*. Camperdown: ACE Graphics, 1994.



SOBRE OS AUTORES

ALDA LACERDA

Pesquisadora e professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ; doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. alda@ensp.fiocruz.br

ANA FLÁVIA COELHO LOPES

Assistente social no Hospital Sofia Feldman, Especialista em Terapia Sistêmica de Família, anaflaviacoelho@gmail.com.

ANA LUCIA C. HECKERT

Professora adjunta no Departamento de Psicologia/UFES e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/UFES. Doutora em Educação/UFF. Endereço eletrônico: anaheckert@uol.com.br.

ANDREA CAPRARA

Professor adjunto no Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará; médico, PhD em Antropologia pela Universidade de Montreal, Canadá. Endereço eletrônico: andreacaprara1@gmail.com.

CARLA MOURA LIMA

Mestre em Ensino de Ciências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz / Fiocruz.; Bolsista Tec-tec da ENSP / FIOCRUZ. Endereço eletrônico: carlamoura@ensp.fiocruz.br.

CESAR AUGUSTO O. FAVORETO

Professor adjunto no Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: cesarfavoreto@globo.com.

CRISTIANI VIEIRA MACHADO

Professora e pesquisadora no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: cristiani@ensp.fiocruz.br.

ELEONORA M. OLIVEIRA

Professora titular do DMP/UNIFESP. Endereço eletrônico: eleonora@medprev.epm.br.

ELMA ZOBOLI

Professora doutora, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço eletrônico: elma@usp.br.

ELYSÂNGELA DITZ DUARTE

Enfermeira no Hospital Sofia Feldman, Doutoranda em Ciências da Saúde— área de concentração em saúde da criança e do adolescente do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais ditzduarte@ig.com.br.

ERIKA DA SILVA DITZ

Terapeuta ocupacional no Hospital Sofia Feldman. Doutoranda em Ciências da Saúde — área de concentração em Saúde da criança e do Adolescente do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais erikaditz@hotmail.com.

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES

Doutora em Antropologia; professora adjunta no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-MG). fattavares@uol.com.br.

FELIPE DUTRA ASENSI

Bacharel em Ciências Sociais pela UERJ; bacharel em Direito pela UFF. Mestrando em Sociologia pelo IUPERJ. Bolsista do CNPq. Pesquisador do LAPPIS. Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br.

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA

Cientista social; mestre em Saúde Pública; professor no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade/UFF; membro do LUPA-Saúde; integrante do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço Eletrônico: gilsonsaippa@vm.uff.br.

ISABEL BRASIL PEREIRA

Bióloga; doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Endereço eletrônico:ibrasil@fiocruz.br.

JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES

Médico sanitarista; professor titular no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Endereço eletrônico: jrcaires@usp.br.

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

Doutor em Saúde Coletiva, com Pós-Doutorado na McGill University, Canadá; professor adjunto no IMS/UERJ; editor de *Physis-Revista de Saúde Coletiva* e *international associate editor* de *American Journal of Public Health*. Endereço eletrônico: kenneth@uerj.br.

LÉLIA MARIA MADEIRA

Enfermeira; gerente da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo lelia.bhe@terra.com.br.

LILIAN KOIFMAN

Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade/UFF; coordenadora do LUPA-Saúde; integrante do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço Eletrônico: lílian@vm.uff.br.

LUCIANA DIAS DE LIMA

Professora e pesquisadora no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: luciana@ensp.fiocruz.br.

MADEL T. LUZ

Socióloga; doutora em Ciências Sociais; professora titular no Instituto de Medicina Social da UERJ; líder do Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. Endereço eletrônico: madelluz@superig.com.br.

MARIA BEATRIZ GUIMARÃES

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora-visitante da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. beatriz.guima@ensp.fiocruz.br

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Professora no Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Endereço eletrônico: beteb Barros@uol.com.br.

MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA

Doutora em Ciências Humanas, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ); mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp-Fiocruz); pesquisadora na Carreira de Análise de Gestão em Saúde; supervisora e pesquisadora Saúde & Brincar – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada, Instituto Fernandes Figueira / Fiocruz. Endereço eletrônico: moreira@iff.fiocruz.br.

OCTAVIO BONET

Doutor em Antropologia; professor adjunto no Departamento de Ciências Sociais e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-MG). Endereço eletrônico: octbon@alternex.com.br.

PAULO HENRIQUE NOVAES MARTINS DE ALBUQUERQUE

Sociólogo e professor titular no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco, professor no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, coordenador do Núcleo de Cidadania – NUCEM (www.nucleodecidadania.org), pesquisador bolsista do CNPq, pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: pahem@terra.com.br.

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES

Professora assistente na Faculdade de Enfermagem da UERJ, Mestre em Enfermagem pela Escola Anna Nery pela UFRJ; doutoranda em Saude Coletiva pelo IMS-UERJ, e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rmhenriques@uol.com.br.

ROSENI PINHEIRO

Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; Professora adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ e coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisauade@uol.com.br.

SUELY F. DESLANDES

Socióloga, mestre e doutora em Saúde Pública ENSP/Fiocruz.; pesquisadora e professora na pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; pesquisadora colaboradora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz). Endereço eletrônico: desland@iff.fiocruz.br

TATIANA COELHO LOPES

Fisioterapeuta no Hospital Sofia Feldman, doutoranda em Súde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Bolsista da FAPERJ. tatianacoelhlopes@yahoo.com.br.

TATIANA ENGEL GERHARDT

Professora adjunta de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; doutora em Antropologia Social pela Université de Bordeaux - 2, França. Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

TATIANA WARGAS DE FARIA BAPTISTA

Professora e pesquisadora no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/Fiocruz. Endereço eletrônico: twargas@ensp.fiocruz.br.

VERONICA FERNANDEZ

Nutricionista; mestranda em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ; professora substituta no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade/UFF; membro do LUPA-Saúde. Endereço Eletrônico: verosfy@yahoo.com.br.

VICTOR VINCENT VALLA

Pesquisador titular da ENSP/Fiocruz; Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; pesquisador do LAPPIS. victorvalla@ensp.fiocruz.br

WILZA VIEIRA VILLELA

Médica, pesquisadora colaboradora do DMP/UNIFESP, docente do PPG-Promoção da Saúde da UNIFRAN. Endereço eletrônico: wilsa.vieira@terra.com.br





