

# Cuidado

*as Fronteiras da Integralidade*

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-reitora: Maria Christina Paixão Maioli

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna

Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

**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: Cid Manso de Mello Vianna

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

Presidente: José da Rocha Carvalheiro (USP)

**Conselho Editorial**

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Andrea Caprara (UECE)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

**Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC**

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) / [www.ims.uerj.br/cepesc](http://www.ims.uerj.br/cepesc)

Endereço eletrônico: [lappis.sus@ims.uerj.br](mailto:lappis.sus@ims.uerj.br)

Roseni Pinheiro  
Ruben Araujo de Mattos  
*Organizadores*

# Cuidado

*as Fronteiras da Integralidade*

IMS/UERJ • CEPESC • ABRASCO

Rio de Janeiro ■ 2008

Cuidado - as Fronteiras da Integralidade  
*Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.)*

*Capa:* Erica Fidelis

*Preparação de originais e Revisão:* Ana Silvia Gesteira

*Editoração eletrônica:* S. Lobo e Mauro Corrêa Filho

*Acompanhamento editorial:* Ana Silvia Gesteira

*Agradecimentos pela competência técnica*

Copyright © 2006 by Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

*Esta publicação contou com apoio de CNPq, FAPERJ e IMS / UERJ*

www.lappis.org.br

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

---

C966 Cuidado: as fronteiras da integralidade / Roseni Pinheiro e Ruben  
Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ,  
IMS ABRASCO, 2006.  
320p.

Publicado em co-edição com a Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Instituto de Medicina Social.  
ISBN 85-89737-24-1

1. Política de saúde – Brasil. 2. Saúde pública – Brasil . 3. Qualidade  
dos cuidados de saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben  
Araujo de. III. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto  
de Medicina Social.

CDU 614.008.1

---

3ª edição / julho 2006

### ***Impresso no Brasil***

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

## SUMÁRIO

<i>Apresentação à 3ª edição</i> .....	07
<b>ROSENI PINHEIRO e RUBEN ARAUJO DE MATTOS</b>	

### **PARTE I – Fragilidade Social, Espaços Públicos e Novas Práticas de Cuidado em Saúde**

<i>Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje</i> .....	11
MADDEL T. LUZ	
<i>Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano</i> .....	23
ROSENI PINHEIRO e FRANCINE LUBE GUIZARDI	
<i>Quando Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado</i> .....	39
ROSENI PINHEIRO e FRANCINE LUBE GUIZARDI	
<i>As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde</i> .....	59
FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO, ROSENI PINHEIRO e FRANCINI LUBE GUIZARDI	
<i>Do Elo ao Laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde</i> .....	77
RAFAEL VIEIRA BRAGA DA SILVA, BRUNO PEREIRA STELET, ROSENI PINHEIRO e FRANCINI LUBE GUIZARDI	
<i>As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento</i> .....	93
ALDA LACERDA e VICTOR VINCENT VALLA	
<i>Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares</i> .....	105
VICTOR VINCENT VALLA, MARIA BEATRIZ GUIMARÃES E ALDA LACERDA	

### **PARTE II - Construção de Conhecimento, Imagens e Sentidos: a diversidade na produção do cuidado e integralidade em saúde**

<i>Cuidado Prudente para uma Vida Decente</i> .....	121
RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
<i>Uma Semiótica da Integralidade. o signo da integralidade e o papel da comunicação</i> .....	135
CACO XAVIER e KATTIA GUIMARÃES	

<i>Epistemologia numa Hora Dessas? (Os limites do cuidado)</i> .....	159
KENNETH R. DE CAMARGO JR.	
<i>Pacientes, Impacientes e Mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado</i> .....	173
ALCINDO ANTÔNIO FERLA	
<i>Os Sentidos de Cuidado em Práticas Populares Voltados para a Saúde e a Doença</i> .....	189
SONIA ACIOLI	

**PARTE III – Clínica, Gestão e Avaliação do Cuidado:  
aspectos conceituais, metodológicos e práticos**

<i>A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde</i> .....	207
CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO	
<i>O Cuidado em Saúde Mental</i> .....	223
DOMINGOS SÁVIO ALVES e ANA PAULA GULJOR	
<i>Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos</i> .....	243
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR e MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS	

**PARTE IV – Trabalho, Educação e Formação na Integralidade do Cuidado:  
processos de trabalho e de ensino nas práticas cotidianas em saúde**

<i>Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos</i> .....	261
RICARDO BURG CECCIM	
<i>“Educação em Saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”. De Fatos Sociais Totais e Éticas</i> .....	281
OCTAVIO BONET	
<i>A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular da FENF-UERJ</i> .....	295
REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES e SONIA ACIOLI	
<i>A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem: o direcionamento do curso de Medicina da UFF</i> .....	309
GILSON SAIPPA OLIVEIRA, LILIAN KOIFMAN e JOÃO JOSÉ NEVES MARINS	

## APRESENTAÇÃO À 3ª EDIÇÃO

# **Cuidado e Integralidade: Vida, Conhecimento, Saúde e Educação**

*ROSENI PINHEIRO E RUBEN ARAUJO DE MATTOS*

A presente coletânea, agora em sua terceira edição, foi organizada em 2004, visando a divulgar os resultados da pesquisa da primeira fase do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”. Inauguramos as atividades do Grupo CNPq-LAPPIS com um seminário auspicioso que reuniu cerca de 900 participantes inscritos. Realizou-se então um debate coletivo, entre pesquisadores, convidados, estudantes, docentes e representantes de movimentos sociais.

Este trabalho consistiu na integração dos esforços de pesquisadores do campo da saúde coletiva que, em suas tarefas de ensino e pesquisa, têm-se dedicado a discutir o tema “integralidade”. Esses esforços contribuíram para a organização de uma rede de interlocução sistemática capaz de expressar a riqueza dos encontros e resultados das investigações realizadas, e ao mesmo tempo proporcionar subsídios para novas abordagens críticas sobre a construção de saberes e práticas em saúde relacionados à integralidade e agora, nesta coletânea, com suas fronteiras: o cuidado.

A proposta geral da coletânea foi concebida na Oficina sobre Cuidado e Integralidade, realizada em agosto de 2003, no Instituto de Medicina Social da UERJ, no âmbito das atividades de pesquisa do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”. Na ocasião, os grupos de pesquisadores se encontraram em auspiciosa “roda” de cooperação e integração técnica e científica. Realizou-se intenso debate acerca das possibilidades de caminhos teóricos conceituais e metodológicos de abordagem dos temas “cuidado” e “integralidade”, o que instigou a discussão sobre suas fronteiras. Optamos, assim, por uma sistematização orgânica, mediante a edição de trabalhos e realização de um seminário nacional.

Com essa decisão cumpriríamos, a um só tempo, um duplo objetivo: apresentar os resultados da primeira fase do projeto de pesquisa e iniciar sua segunda fase,

mediante a institucionalização do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Destinamos ao LAPPIS a principal tarefa: congregamos grupos de pesquisadores interessados no estudo da integralidade em uma de suas dimensões, assim como estreitar laços (inter)institucionais, a partir da construção de projetos integrados e integralizantes, como componentes operativos de suas linhas de atuação, como pode ser observado no *site* “conceitual” <[www.lappis.gov.br](http://www.lappis.gov.br)>. Cabe frisar que o projeto Integralidade e o LAPPIS – seu desdobramento – contam, desde sua origem, com o importante e fundamental apoio das agências de fomento CNPq e Faperj, e ainda do Ministério da Saúde e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; integra também o grupo de pesquisadores do CNPq “Racionalidades Médicas”.

Os 19 trabalhos inéditos aqui reunidos recortam o conjunto das discussões iniciadas na oficina de agosto 2003, posteriormente aprofundadas, compartilhadas e ampliadas na oficina de textos realizada em abril de 2004 com o grupo de pesquisadores-autores, destinada a organizar a edição final desta coletânea.

Com o lançamento da 3ª edição, parece-nos evidente que esta coletânea vem cumprindo o papel de compartilhar o entendimento do grupo acerca do potencial dos temas integralidade e cuidado como objeto de investigação, para o qual divulgamos as diferentes vertentes teóricas, metodológicas e procedimentos de pesquisa destinados a sua compreensão, como artefato estratégico de debate no âmbito da saúde coletiva. Da mesma forma, estamos acolhendo outros olhares críticos, a partir de dados e informações sobre um problema analítico: subsidiar a perspectiva de *estudos sobre experiências*, estimulando o interesse pela produção de saberes e práticas emancipatórias e comprometidas com a produção de conhecimento – em ensino e pesquisa – de efetiva relevância social, a fim de contribuir para a formulação e execução de políticas mais justas e solidárias em saúde e (por que não?) de ciências e tecnologia.

Para operacionalizarmos a apresentação desses trabalhos, foi necessário criar agrupamentos temáticos em quatro partes específicas: a primeira parte refere-se à apresentação de textos que tratam de construções teóricas, conceituais e de investigação, de natureza crítica, acerca dos efeitos e repercussões de um modo de organização da sociedade civil atual e sua busca por cuidado em saúde em espaços públicos. Trata, ainda, do modo como se *constroem táticas e estratégias mediante a ação de novas práticas cotidianas de cuidado em defesa da vida*.

Na segunda parte, delimitamos o debate e as reflexões críticas acerca da construção de conhecimento, imagens e sentidos no processo de produção do cuidado e seu reatamento na ciência, no que diz respeito a suas fronteiras

disciplinares e limites epistemológicos, para compreensão do cuidado como um dos fenômenos em saúde.

A terceira parte concentra os trabalhos concernentes à gestão e avaliação do cuidado, que tratam de questões conceituais, metodológicas e práticas sobre a *clínica* e a *organização de serviços*, ressaltando o engajamento social e político de algumas áreas, como o caso da saúde mental.

Por último, a quarta parte cumpre o desígnio de abrir o inevitável diálogo acerca dos nexos constituintes da ação integral no cuidado em saúde, constituída pela tríade *trabalho-ensino-saúde*. Os textos nos convidam a repensar a formação profissional por *entre as relações*, pela busca do estabelecimento de um novo patamar ético-político-institucional em saúde balizador de uma *interinstitucionalidade*, na qual a universidade, como produtora, reprodutora e formadora de sujeitos para ações de saúde, se revela no irrecusável e fundamental papel da produção de atos na saúde.

Entendemos que esta coletânea – assim como foi o IV Seminário Nacional do Projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, que acolheu seu lançamento – oferece ao leitor espaço para uma discussão coletiva, sobretudo crítica, da consolidação de políticas, saberes e práticas comprometidas com valores que merecem ser defendidos, tais como a equidade das diferenças, a democracia e o direito à saúde. Da realização desses dois encontros, coletânea e seminário, pareceu-nos evidente que o cuidado é uma categoria-chave para abrir novos diálogos de campo de conhecimentos, saberes e práticas em saúde, possibilitando a concretude de ações que se destina a materializar uma política de saúde em defesa da vida. Cuidado, categoria polifônica da integralidade e de seus diferentes significados e sentidos. Cuidado, signo e potência da integralidade em saúde.

Agradecemos ao leitor por ter escolhido nossas contribuições. E nós, como escolhidos, prosseguimos defendendo o saber, na luta por uma sociedade mais justa.

# PARTE I

## **Fragilidade Social, Espaços Públicos e Novas Práticas de Cuidado em Saúde**

# Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje

MADEL T. LUZ

## 1. Introdução

A questão da fragilidade crescente de grandes massas populacionais na sociedade contemporânea, em consequência dos processos econômicos, sócio-políticos e culturais em curso no capitalismo globalizado, bem como a busca contínua de cuidado por parte da sociedade civil, são o objeto central de análise das páginas que se seguem. É nossa intenção apresentar algumas hipóteses que ajudem na compreensão tanto de um como do outro lado da questão, isto é, o da *vulnerabilidade das populações* e o da *busca constante de atenção à saúde*. Colocamo-nos em perspectiva da sociologia da cultura, analisando, portanto, preferencialmente macroprocessos em curso na cultura atual, e trabalhando com hipóteses de interpretação no nível da organização e do funcionamento da sociedade, vista como totalidade. Tais hipóteses devem contribuir para a compreensão do cerne da vulnerabilidade social, traduzida em problemas coletivos de saúde – vulnerabilidade produzida pelo próprio sistema capitalista. Também deverão contribuir para o entendimento do papel cultural que a *saúde*, vista como um conjunto mais ou menos institucionalizado de saberes e práticas, vem desempenhando face ao processo social em movimento como um todo.

Eventuais críticas a esse nível estrutural de análise (que não deve ser reduzida ao epíteto “estruturalista”, pelo fato de se situar no ponto de vista da totalidade social) serão tomadas em consideração de modo relativo. Não consideramos a estrutura que é parte de nosso objeto de análise como *coisa*, postura substancialista clássica das ciências sociais em relação à noção de estrutura, mas como *teia de relações* sociais complexas, fluindo historicamente de acordo com lógicas específicas, permeada de incoerências e contradições, e de harmonias e desequilíbrios inesperados. Essas críticas não podem funcionar como entrave ao exercício mais que necessário, no momento, de uma *análise de estrutura*, face à crise por que atravessa a sociedade capitalista em todas as suas dimensões.

De fato, essa afirmação pode ser a primeira de nossas hipóteses: que a sociedade capitalista atravessa, no presente, uma crise que perpassa suas distintas dimensões

em termos de estrutura – econômica, política, social, cultural e ética. Pode ser argumentado, como freqüentemente acontece, que “o capitalismo vive de suas crises” e com elas se desenvolve e cresce, ou pelo menos se regula e resiste.

## **2. Transformações Sociais e Éticas no Mundo do Trabalho Capitalista: conseqüências para a Saúde Coletiva**

O que pode ser visto como um fato constatável no processo econômico, pelo menos na história do desenvolvimento capitalista dos dois últimos séculos, não o é, necessariamente, nas outras dimensões da sociedade. Não na dimensão política, muito menos na social, na cultural, e ainda menos na dimensão ética, cuja crise desempenha, de nosso ponto de vista, um papel de corrosão paulatina e continuada das outras dimensões. Deixamos aos economistas a tarefa de analisar (e quase sempre justificar) o estilo “fênix” do desenvolvimento histórico do sistema capitalista.

Em termos de sociologia da cultura, que é a abordagem central deste trabalho, nosso interesse se concentra nas conseqüências sociais e nos processos culturais relativos a tal desenvolvimento. Também nos interessam seus efeitos sobre as instituições sociais e a cultura. Mas interessa-nos prioritariamente, aqui, enfatizar a *dimensão ética* na crise, com o esboroamento de certos valores aqui considerados fundamentais para a coesão social, e seu efeito sobre a *saúde das populações* vivendo sob a égide do capitalismo – na verdade, atualmente, a quase totalidade dos habitantes do planeta.

Queremos realçar, com essa afirmação, o que possivelmente é nossa segunda hipótese: que a crise ética do capitalismo leva à perda ou à colocação, em segundo plano, de valores sociais milenares (Luz, 1997, 2000, 2001b, 2003). Mais ainda, propicia a interiorização, para o mundo das relações socioculturais, de valores originados na racionalidade do mercado, tais como: *competição*, vista como lei da vida social; *sucesso* visto como *vitória* pessoal (com conseqüente exclusão ou dominação do outro); *individualismo*, visto como condição mesma do sucesso (sujeito individual concebido como centro da vida social, em contínua luta com outros indivíduos); *lucro*, categoria do mundo econômico, invadindo a esfera dos valores através do seu correspondente social, *vantagem* (os indivíduos sentindo-se no direito ou no dever de terem *vantagem* sobre os outros); *consumismo*, visto como sinal demonstrativo de sucesso (*ter*, ou mesmo *aparentar ter*, como expressão máxima do *ser*).

Mais recentemente, a categoria de *produtividade*, historicamente reservada ao desempenho de máquinas, ou de setores da economia, vem sendo aplicada como forma de avaliação do *desempenho individual* de todas as categorias de trabalhadores,

inclusive intelectuais, sejam eles cientistas ou artistas, num processo continuado de esquadramento de suas atividades que resulta em hierarquização “pontuada” das mesmas. Evidentemente tal pontuação e a escala hierárquica que dela resulta não são neutras. Radicam-se na própria lógica do que o sistema capitalista – aqui visto como um todo que engloba tanto agentes econômicos como o Estado e suas políticas de incentivo ou restrição à ação social produtiva – define como *produtivo*, portanto como prioritário ou mesmo válido, não importando o valor, a capacidade de inovação ou a racionalidade para o próprio sistema que possam ter por si mesmas essas atividades.

Inútil sublinhar o estado de tensão permanente que tal processo leva à população ativa, independentemente de suas funções, e o dano carreado pelo *stress* contínuo à sua saúde. Insidiosamente, por outro lado, a competição entre os “avaliados” torna o local de trabalho, onde se passa a maior parte das atividades das pessoas, um lugar hostil à vida social e à própria vida individual como totalidade biológica e psíquica.

O processo de interiorização para as relações sociais da lógica econômica leva, de nosso ponto de vista, à ruptura paulatina do tecido social, destrói bases de sociabilidade historicamente enraizadas em instituições e coletividades, e produz, literalmente, *perdas de sentido* culturais. Acarreta graves consequências para o bem-estar das populações, pelos sentimentos de instabilidade, perigo, isolamento e desamparo que tais perdas ocasionam, gerando, como já afirmamos, uma *crise sanitária* (Luz, 1997, 2000, 2001a, 2003).

Deste ponto de vista, nossa suposição básica é que a *ética*, que se expressa na cultura através de valores que funcionam como *fins sociais* – não confundir com *normas sociais*, que remetem à moralidade e à configuração cultural específica das sociedades – (Parsons, 1964), é um *plano ou dimensão irreduzível* do viver humano, como o são o plano biológico, o psíquico e o espiritual. Esse plano é ligado ao papel do *sagrado* na cultura, e não deve se confundir com o *religioso*, configuração específica desse aspecto. O *espiritual* a que nos referimos aqui se ancora na esfera do simbólico, gênese de toda produção cultural de sentidos. Tem, portanto, *umbrais* intransponíveis de fragilização, sob pena de desintegração da vida social, ou pelo menos do nível cultural, com fortes repercussões no tecido social – portanto, na vida e saúde coletivas.

O tom deste trabalho, propositalmente o de um ensaio, decorre em parte das limitações de tempo e de espaço concedidos à elaboração do capítulo na coletânea a que se destina, mas é também uma escolha de autor, face à densidade do tema a tratar, refratário a constantes citações de bibliografia, de mestres de pensamento ou interlocutores da área, ou mesmo às atividades empíricas que embasariam as

afirmações nele feitas. As atividades de pesquisa socioantropológicas envolvendo as práticas coletivas de saúde, em curso desde 1997, no projeto “Racionalidades Médicas”, na sua terceira fase de desenvolvimento, aportam de fato alguma caução empírica às nossas hipóteses, mas não devem ser tomadas como base de nossas afirmações.

Por outro lado, pode-se dizer que foram os resultados dessas atividades que levaram à afirmação das hipóteses teóricas interpretativas aqui apresentadas. Os mestres de pensamento do projeto, como Weber, Foucault e Bourdieu, serão referidos quando as afirmações o exigirem. Outros autores, que nos servem de apoio na questão dos valores culturais e da ética, como Parsons e Merton, por exemplo, sociólogos funcionalistas americanos, serão chamados a testemunho como pioneiros, na sociologia, da questão dos valores e normas na sociedade, filiando-se ao pensamento weberiano.

Certamente, filósofos como Nietzsche e Hanna Arendt, além de Deleuze, poderiam apoiar nossas afirmações com mais firmeza no campo da ética, dos valores, da política e de sua ligação com os sentidos culturais (ou sua negação). Em outra perspectiva, a da afirmação da *prática da virtude* como único fundamento possível para a *construção de verdades*, e da ação política, Sócrates e a tradição socrática, poderiam nos ajudar na análise das relações umbilicais entre ética, conhecimento e política.

Entretanto, essa perspectiva exigiria de nós uma “pesquisa teórica” no campo da filosofia da cultura, que nos tomaria um tempo de elaboração e maturação reflexivas de que não dispomos para este trabalho. Além disso, é nosso propósito permanecer no campo da sociologia da cultura, na medida em que fenômenos coletivos mais “próximos de nós”, relativos à vida social contemporânea – concernindo à saúde, nosso campo de inserção temática – solicitam interpretações imediatas, algumas de natureza estratégica, tocando mesmo a inserção política. O horizonte filosófico permanecerá, no entanto, à vista, na medida em que se deseja trabalhar com os limites do cultural e do ético, e suas implicações na vida política e social. Portanto, os mestres de pensamento citados acima permanecerão em vigília em nossa mente, na medida em que o capítulo presente transita entre os campos da sociologia da cultura e da reflexão filosófica...

### **3. Fragilização Social pelo Trabalho e Desamparo na Sociedade Civil Contemporânea**

As relações entre o aumento, em termos absolutos e relativos, nas populações do planeta, de busca por atenção médica e cuidado terapêutico na última década;

a precarização do emprego e das relações de trabalho; a quebra de certos direitos sociais, sobretudo previdenciários, obtidos como fruto de luta e organização dos trabalhadores ao longo de um século (segunda metade do XIX e primeira do XX); a queda de valores importantes em termos de solidariedade social (familiares, religiosos, corporativos, de classe) e a constatação de um mal-estar coletivo difuso causador da perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo, foram apontadas e analisadas, em trabalhos anteriores (Luz, 1997, 2001a), como elementos característicos de uma *crise sanitária* contemporânea. Uma constatável incapacidade da biomedicina de lidar com esse complexo fenômeno, que designamos crise coletiva da saúde, como origem do crescimento da demanda de “medicinas não-convencionais”, institucionalmente definidas na atualidade de “práticas complementares”, também já foi objeto de nossa análise (Luz, 1997, 2003).

Tentamos interpretar, nas análises precedentes, tanto a busca de atenção e cuidado, como o crescimento da demanda de medicinas ou práticas terapêuticas “alternativas”, “complementares”, ou “não-convencionais” como faces da mesma moeda da vulnerabilidade e desamparo de grande parte da população, sobretudo de países ditos do Terceiro Mundo, mas não exclusivamente, considerada a dimensão internacional do capitalismo neoliberal e de suas práticas mundiais de desestabilização das relações *de trabalho, no trabalho e fora do trabalho*. É importante entendermos a diferença entre essas três expressões, pois designam, a nosso ver, três âmbitos distintos de atuação social desestabilizadora da lógica da economia, embora todos referidos ao mundo do trabalho.

O âmbito das relações de trabalho é o mais simples de se apreender, porque diz respeito às profundas mudanças na estrutura de produção em curso há pouco mais de três décadas. São fruto das inovações tecnológicas ligadas à automatização industrial, e à informação, as quais geraram uma “nova onda” de crescimento da economia, centrada em crescimento da produtividade com baixo emprego de mão-de-obra.

A assim denominada *nova economia*, cujo desenvolvimento segue em curso, criou poucos empregos com exigência de alto grau de conhecimento técnico, por parte da força de trabalho, e extinguiu muitíssimos, ensejando o fim de atividades antes produtivas, baseadas em mão-de-obra estável especializada. Deu início a um ciclo de desemprego sistêmico, que não apenas extingue funções existentes como não gera novas, o que significa que desemprega mão-de-obra atuante e não emprega as novas gerações que chegam ao mercado de trabalho (Luz, 1997, 2001, 2003). Milhares de trabalhadores disputam muitas vezes umas poucas vagas para trabalhos, geralmente temporários e mal pagos, situação mais evidente nos países da periferia, nas enormes filas para concursos públicos e

para ocupar alguns lugares abertos por empresas privadas, mas presente no sistema como um todo. Um emprego estável, com “carteira assinada”, torna-se uma raridade que necessita ser mantida pelo trabalhador a todo custo, inclusive o de sua saúde. Esta é, no fundo, a explicação estrutural para a precarização das relações *de trabalho*, pois cria uma competição quantitativamente inaudita na mão-de-obra, contribuindo para fragilizar ainda mais *relações formais* de solidariedade, como os sindicatos e associações profissionais, já em situação de perda de força política desde os anos 80.

Em contrapartida, esse processo contribui para concentrar enorme força sociopolítica nos grandes grupos econômicos, capitaneados pelo capital financeiro, sobretudo os bancos. Estes controlam com mão de ferro a vida econômica e as atividades laborais, em que pese o papel de alívio aportado pelas pequenas e médias empresas na oferta de empregos, e de atividades econômicas historicamente conhecedoras como “alavancas” (ou “sintomas”, dependendo da perspectiva) de crescimento, como a indústria da construção civil. Escusado é mencionar o *stress* e a *insegurança* coletivos que tal situação gera na força de trabalho.

Nossa preocupação aqui é com o efeito praticamente mensurável que essa situação traz para a saúde coletiva, sobretudo das pessoas que *vivem do trabalho* – isto é, que necessitam trabalhar para sobreviver. Em palavras de outros tempos: a classe trabalhadora. Empregando expressões mais comumente utilizadas: *as classes trabalhadoras* ou, mais recentemente, *a população economicamente ativa*. O fato de temerem pela perda de seus empregos origina nas pessoas um estado de instabilidade constante, que ultrapassa o nível do sofrimento psíquico – da ansiedade, da angústia e da depressão –, produzindo nelas um estado de constante vulnerabilidade orgânica, que as predispõe a adoecerem com frequência. Para empregar a linguagem da Organização Mundial da Saúde, tal situação diminui drasticamente sua *qualidade de vida*, atingindo sua saúde.

Entretanto, acreditamos que a conseqüência mais grave disso se reflete nas relações *no interior* do mundo do trabalho – ou seja, nas relações *no trabalho* –, criando um mal-estar difuso entre os trabalhadores, na medida em que a interiorização cultural dos valores da racionalidade econômica se converte em fator de desagregação de laços tradicionais de solidariedade, e de esgarçamento do tecido de sociabilidade, decorrente da partilha de uma mesma situação de vida em um mesmo “espaço” social, muitas vezes físico. Tais laços, que originaram historicamente uma verdadeira cultura do trabalho que atravessou os séculos XIX e o XX, pelo menos até quase o final do século recém-findo, se vêem postos em questão pela prática do individualismo e da necessidade de sobrevivência a qualquer custo. Os trabalhadores acabam por se constituírem

como *indivíduos* trabalhadores, não apenas pelo fato *objetivo* de serem relativamente poucos nos locais de trabalho – força de trabalho “rarefeita” nos espaços laborais, muito menos densa numericamente que no passado –, como também pelo fato de *efetivamente* se comunicarem muito menos que antes em relação às suas condições de salário e de vida. A situação de desconfiança mútua gerada pela competição, e o fato de “estar sempre em guarda” contra o outro, o antigo “companheiro” (uma vez que, como competidor, ele é uma ameaça potencial a seu lugar no emprego), típica do estado de ânimo individualista, acaba invadindo o mundo do trabalho, pondo em xeque valores e padrões de sociabilidade historicamente geradores de laços sociais e sentidos culturais solidários.

É bem verdade que a situação é mais sensível em alguns espaços laborais que em outros, nos espaços mais individualizados, como os trabalhos técnicos de nível superior, ou os trabalhos de criação, pesquisa ou invenção. Podemos tomar como exemplo o trabalho acadêmico, nosso conhecido, que se desenvolve nos espaços universitários, e que transcorre em “departamentos” – no duplo sentido da palavra, administrativo e intelectual.

Apesar da continuidade dos movimentos reivindicatórios dos organismos sindicais e associativos universitários por melhores salários, ou pela reposição dos mesmos, pela conservação de direitos previdenciários e por condições de trabalho mais adequadas à “produção”, é evidente um isolamento desses intelectuais no nível da sociabilidade. Percebe-se nitidamente a diminuição, quando não a perda, de uma vida acadêmica “comunitária”, existente nos anos 70 e 80, perceptível nos eventos e nas formas de relacionamento, se não solidários, ao menos cordiais, de docentes, pesquisadores e mesmo alunos, apesar da força do regime autoritário militar e da repressão exercida sobre o funcionamento da sociedade civil. Embora a repressão política atuasse sobre os espaços públicos, inibindo ou impedindo reuniões e manifestações coletivas, havia várias estratégias de agrupamento de natureza “social”, em que a festa e o conagraçamento, freqüentemente incluindo manifestação artística, tinham papel importante, pois “contornavam” as proibições oficiais. Havia muito mais uso de espaços públicos de sociabilidade que no presente, sobretudo de sociabilidade solidária.

Pode-se afirmar, é claro, que o objetivo principal dessas reuniões “festivas” – o combate à ditadura – desapareceu com o processo de redemocratização da vida política. Mas o que desapareceu mesmo foram as ocasiões e os espaços de conagraçamento social, não apenas em função do ritmo acelerado da *produtividade*, que inibe a vida social distendida – ou seja, o ócio ou a comemoração com os amigos e familiares, através da invasão da vida cotidiana pelas atividades relativas ao trabalho, acentuada pelas novas tecnologias de comunicação (internet, celular,

fax, etc.) –, como também pela tensão contínua que se manifesta entre os agentes no ambiente de trabalho, devido à situação de competição inerente à ditadura institucional da *produtividade*. Essa tensão é um dos impedimentos para que relações cordiais, não competitivas, gerem espaços de expressão de sociabilidade solidária, ou pelo menos de “distensão”. Embora a competição e o individualismo sejam traço marcante da vida intelectual desde o seu investimento pelas academias, durante os séculos XVII e XVIII, nos primórdios da modernidade científica (Luz, 2004), o “*esprit de corps*” formado por pares solidários e unidos em torno do método científico, que acompanhou esse investimento, foi uma garantia de proteção contra a luta destrutiva de portadores e combatentes de “verdades” não comprovadas.

Mas o que desejamos acentuar com as observações acima é que não apenas se restringiram, na última década, os espaços e os tempos de atividade social pública, “de rua”, geralmente em nome do crescimento contínuo da violência, como também se restringiram as ocasiões de comemorações grupais, ou mesmo privadas. Longe de nós o intuito de negar o crescimento da criminalidade violenta nos espaços urbanos do país e do mundo atuais, e seu efeito inibidor sobre a circulação das pessoas nos espaços públicos. A invasão dos espaços institucionais, inclusive os universitários, pelo crime organizado, é fato inaudito, porém inegável. A cidade que conhecemos até vinte anos atrás, palco da alegria e da indignação popular (Luz, 1994), mudou de figura, está mesmo desfigurada pela degradação urbana provocada pela miséria, a maior das violências atuais.

Acreditamos, entretanto, que há algo mais do que o “medo da violência” atuando nas relações *no* trabalho. A interiorização dos valores de individualismo e competição, e da “ética do capitalismo”, parafraseando Weber, para o interior das atividades laborais, tem efeito muito mais nefasto na restrição da sociabilidade, uma vez que *isola* os agentes no seu mundo individual. Do nosso ponto de vista, como consequência dessas restrições, verifica-se perda não apenas de sociabilidade, mas também de *sentidos* culturais. Perdem-se, sentidos relativos ao “estar juntos” (sentimentos e atividades expressivos de *pertencimento* a um grupo, uma corporação, uma organização etc.), ao “nós” (sentimentos e atividades expressivas de *ser com outros*) mas também se perdem significados relativos às *próprias atividades de trabalho* no seu sentido mais amplo (para que, para quem e por que faço o que faço? O que são as finalidades do trabalho que elegi como marca de expressão pessoal sobre o mundo? Valem de fato a pena os meus esforços no trabalho, vista a baixa remuneração e o pouco reconhecimento, tanto da parte da instituição como de meus pares?).

Essas são questões que se colocam com freqüência a quem faz parte do mundo do trabalho nos dias de hoje, pelo menos a quem não se integrou completamente aos valores dominantes nesse mundo, já mencionados aqui. É nossa hipótese que a perda de sentidos relativos ao estar e agir social no mundo, sobretudo através do trabalho, gera sentimentos e sensações de confinamento, limitação e insegurança nos sujeitos. E esses sentimentos e sensações geram, por sua vez, danos indiretos ou diretos à saúde das pessoas submetidas a essa ordem social. O mundo do trabalho passa a ser considerado e sentido por elas como hostil à vida, como um mundo sombrio a ser evitado, e a dificuldade de enfrentá-lo cotidianamente é uma fonte a mais de mal-estar e de adoecimento (Luz, 1997).

Por outro lado, o mundo do lazer vem se encurtando em tempo e em condições de seu pleno exercício. As férias, que marcavam antes o esperado momento de descanso do trabalhador – e que no caso dos professores e pesquisadores, nosso exemplo, poderiam chegar a três meses no ano, constituindo momento de verdadeiro ócio para quem o desejasse – atualmente se restringem, no mais das vezes, a meros quinze dias entre janeiro e fevereiro (quando não há aulas a repor em função de greves decretadas geralmente contra a vontade da maioria dos docentes). E são continuamente invadidas pelas exigências de relatórios, preenchimento de formulários e planos de atividades, cujos prazos não consideram o direito de férias do professor, seguindo a lógica burocrática do planejamento das instituições de ensino ou das agências estatais que financiam suas atividades de pesquisa ou extensão. Tais exigências, que incluem não raras vezes presenças em reuniões por chefes de departamentos, ou mesmo solicitações de alunos, chegam geralmente via internet ou telefone celular, invadindo o mundo familiar e privado do docente, sem que este tenha a menor chance de defesa em face dessa situação. A sensação de estar sendo continuamente requisitado, mesmo quando deveria estar livre para o lazer, gera nesses profissionais uma inquietação que os impede de aproveitar plenamente seus momentos de descanso. Desnecessário insistir sobre os efeitos de tal situação sobre a saúde desses profissionais. O exemplo citado enumera, é certo, situações vividas em grupo e pessoalmente, porém não acreditamos que sejam situações muito diferentes das de outras profissões, em que o exercício profissional baseado em formação de ensino superior, seja ele técnico, artístico, ou voltado para o cuidado e a atenção das pessoas, é a base das atividades laborais.

Para darmos outro exemplo próximo: provavelmente não existem, hoje em dia, profissionais mais estressados e sem descanso que aqueles voltados para a atenção à saúde, sobretudo à saúde coletiva. Obrigados a se dedicarem a mais de um emprego, às vezes três ou quatro, para compensarem salários aviltados,

esses profissionais raramente podem ter um período anual adequado de descanso, passando freqüentemente vários anos sem tirar férias. Pode-se imaginar, e constatar na prática, o estado de ânimo dessas pessoas, e seu estado de saúde. No entanto, são eles os encarregados da atenção à saúde da população. Sem ter quem deles cuide, têm que cuidar de outros... Em outras palavras, há situações piores que as dos professores, generalizando-se a situação de exaustão e de busca de compensação material e moral da força de trabalho, preferencialmente *fora* do trabalho. Cremos mesmo que o ritmo da produção capitalista é atualmente mais extorsivo de energia humana que nunca. Os mecanismos tecnológicos de aumento da produtividade, sobretudo os centrados na produção e circulação da informação, vêm produzindo efeito devastador sobre essa energia, pois o organismo humano não teve ainda tempo de se adaptar às mudanças de ritmo de produção implicadas nessa transformação tecnológica, jovem de apenas três décadas. Os mecanismos que, por um lado, simplificam e facilitam as atividades, por outro exaurem as forças, pois muito mais tarefas e atividades são exigidas dos “produtores”, em função desses mesmos mecanismos.

Como resultado, são seres extenuados e isolados, em seu mundo individual, pelos valores oriundos da economia que emergem de um tal regime de produção. Seres entristecidos, adoecidos, evidentemente necessitados de cuidado. É de se espantar que a busca por atenção terapêutica cresça exponencialmente em tal sociedade?

#### **4. A Busca de Cuidado e Atenção como Forma de Compensar o Vazio de Sentidos Culturais da Sociedade Capitalista Atual**

Acreditamos que o importante neste momento é perguntarmos que funções culturais estão sendo exercidas atualmente pela *saúde* enquanto setor social, isto é, pelo universo do cuidado e das práticas terapêuticas, ou de práticas concebidas como “saúde”, em seu sentido mais amplo. Estaria a *saúde*, vista como conjunto de saberes e práticas com maior ou menor grau de institucionalização, ocupando espaços de sentido e de atividades que em princípio *outras áreas* do viver social deveriam ou poderiam assumir? Ou que em outras épocas ou sociedades já assumiram? Que áreas seriam essas? Foram elas suprimidas pelos valores dominantes? Seria a sociedade atual uma sociedade “doente”, fragilizada pelas relações de trabalho, pelas relações sociais em geral, e pela (ausência de) ética, explicitada nos valores hostis à vida social que a caracterizam?

Não temos, é claro, respostas prontas para essas questões de natureza cultural, nem cremos que elas estejam dadas na sociedade. Nossa hipótese, em relação a

esse conjunto de perguntas, é que de fato a “saúde” está preenchendo funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos, antes “partilhadas” por outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural. A saúde tornou-se, no mundo capitalista contemporâneo, um depósito de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada. A demanda pela saúde é uma *demanda por símbolos*, por um universo simbólico que está *desencantado* pela racionalidade econômica do capitalismo.

A saúde está possivelmente no lugar das relações de *empatia* entre os sujeitos, subtraída da sociedade pelos valores individualistas, através de práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas. A saúde está no lugar das atividades de *congraçamento* e festa que não existem mais no mundo do trabalho, e que podem ser repostas por atividades grupais ou coletivas “de saúde”. Está legitimando *situações de cuidado* que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas, como a família, ou a escola, ou organizações sociais específicas, e outros casos: a situação de isolamento e abandono de pessoas idosas ou mulheres sós, ou adolescentes revoltados e incompreendidos etc.

O mercado e suas leis atuam fortemente sobre a “demanda social” da saúde, no intuito de transformar a busca coletiva por cuidado e atenção em valores de uso e consumo individual, submetidos à lógica da economia capitalista. Essa atuação tem sido, até certo ponto, bem-sucedida, pois a expansão crescente do “mercado da cura”, com a proliferação de práticas, de discursos e de novos agentes voltados para a saúde, não deixa dúvidas sobre a verdadeira invasão cultural pelo tema.

Também o papel das políticas de saúde na vida social tem tido, nos últimos quinze anos, pelo menos, um crescimento inegável de importância face às outras políticas sociais. Não nos deteremos na análise dessas questões, amplamente discutidas em trabalhos anteriores (Luz, 1997, 2000, 2001a, 2003).

Cabe apenas ratificar o papel estratégico da ciência, sobretudo das *biociências*, para a consagração das concepções de vida e saúde que se tornaram hegemônicas nos últimos vinte anos, com a busca de juventude, longevidade, beleza e vigor como bens preciosos que se podem adquirir através de biotecnologias. É a utopia de que a vida pode ser estendida, modificada e mesmo planejada por mecanismos científicos, criando-se uma nova era de crença no poder da ciência como geradora e conservadora da saúde (Luz, 2003).

Cabe também insistir no papel difusor da mídia impressa, sonora e televisiva, face a essas ideologias científicas, seu grande poder de convencimento junto às massas expostas a suas mensagens, e a reprodução de idéias sobre a saúde presentes na sociedade como um todo, sem que haja um verdadeiro debate

sobre os sentidos e significados culturais presentes. Tudo é apresentado ao público de forma padronizada e homogênea, incentivando geralmente a “fé na ciência”. Tudo é apresentado como uma “sopa pronta”, o que não significa que as pessoas engulam essa sopa como se lhes é oferecida.

Do nosso ponto de vista, a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde, diferentes dos hegemônicos na cultura. Muito modestamente e sem alarde, refaz o tecido social rompido pela lógica das relações sociais dominantes. De forma molecular, prepara um novo tecido, com novos valores, expressando outra ética, que substituirá os velhos valores e a velha ética que eles exprimem agora.

### Nota

<sup>1</sup> Socióloga; professora titular do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS/UERJ; vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); coordenadora do grupo de pesquisa Racionalidades Médicas, do CNPq, em desenvolvimento no IMS/UERJ; pesquisadora associada do LAPPIS.

### Referências

- ARENDDT, H. *A dignidade da política: ensaios e conferências*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- DELEUZE, G. *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- LUZ, M. T. O corpo da cidade. In: PECHMAN, R. M. (Org.). *Olhares sobre a cidade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994. p. 181-193.
- \_\_\_\_\_. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2003a.
- \_\_\_\_\_. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre práticas corporais e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2003;
- \_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p.17-38.
- \_\_\_\_\_. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p.13-43, 1997.
- \_\_\_\_\_. O vazio nas relações sociais na cultura atual. In: DA POIAN (Org.). *Formas do uzio: desafios ao sujeito contemporâneo*. São Paulo: Via Lettera, 2001. p. 49-66.
- \_\_\_\_\_. Novas práticas em saúde, valores e representações sociais. IN: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 8., Havana, 2000, 12pp.(CD-Rom).
- MERTON, R. K. *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris: Plon, 1965.
- NIETZSCHE, F. *Ecce Homo: como alguém se torna o que é*. São Paulo: Max Limonad, 1986.
- PARSONS, T. *The social system*. Londres: The Free Press of Glencoe, 1964.
- PESSANHA, J. A. M. (Org.). *Sócrates*. São Paulo: Nova Cultural, 1996 (Coleção *Os pensadores*).
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1971.
- \_\_\_\_\_. *Economia y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1974 (v. 1).

# Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano

ROSENI PINHEIRO<sup>1</sup>  
FRANCINI LUBE GUIZARDI<sup>2</sup>

*O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa  
saber sem compreender e principalmente sem sentir*  
Gramsci

## 1. Introdução

Atualmente a busca de cuidado tem sido apontada, de forma inequívoca, como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira<sup>3</sup>. 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.

Quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser<sup>4</sup>. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (Luz, 2004). Essa assertiva tem sido frequentemente verificada em outras pesquisas que desenvolvemos<sup>5</sup>, nas quais a ação integral é também entendida como o “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Com esses sentidos, é possível qualificarmos a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Muitas vezes esses arranjos são marcados por conflitos e contradições, numa arena de disputa política, em defesa da saúde como direito de cidadania de todos e não de alguns. A integralidade, assim

concebida, como um termo plural, ético e democrático, sendo o *dialogismo* um dos seus elementos constitutivos, pois sua prática resulta do embate de muitas vozes sociais e, quando eficaz, a integralidade pode produzir efeitos de polifonia – ou seja, quando essas vozes se deixam escutar (Fiorin e Barros, 2003). Efeitos traduzidos em respostas positivas por aqueles que demandam o cuidado em saúde.

Contudo, nem sempre a função dialógica produz efeitos de *polifonia*, mas de monofonia, quando o diálogo é mascarado e uma voz apenas se faz ouvir<sup>6</sup>. Ou seja, se a integralidade não se constitui em práticas eficazes, teremos apenas uma voz, uma parte, um lado, um sem o outro, um apenas com poder de decidir acerca da saúde que se quer e se deseja ter e ser.

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.

É útil explicitar que essa compreensão se ancora, de um lado, num conjunto de inquietações de pesquisas, geradas por seus resultados exaustivamente discutidos em cursos e disciplinas com orientandos e alunos, em seminários acadêmicos e governamentais. De outro, a contínua exigência de uma definição precisa e definitiva desse termo expõe-nos ao risco de torná-lo monológico e monofônico, característica da cultura dos tempos modernos (Bakhtin, 2002) e dos “modos” de produção do seu conhecimento, muitas vezes identificado como uma *vontade de saber* de cunho totalizante (Foucault, 1979), que nos leva à miragem positivista de querer conhecer para controlar o objeto da pesquisa, paralisando-o.

Considerando a diversidade e pluralidade da realidade, inerentes à dinâmica social e aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade, a integralidade é aqui assumida como prática social, que implica reconhecimento de diferentes visões de mundo. É, portanto, prática irremediavelmente política, já que concerne aos “modos de andar a vida” das pessoas. Compreendemos que assim podemos identificar as pistas e conhecer as experiências de integralidade, com seus efeitos e repercussões na vida das pessoas em diferentes territórios. Sabemos que a compreensão é uma tarefa complexa, por isso recorreremos a Bakhtin (1985, p. 382), quando nos orienta que:

“Compreender não deve excluir a possibilidade de uma modificação, ou até de uma renúncia, ou de um ponto de vista pessoal. O ato de compreensão supõe um combate cujo móvel consiste numa modificação e num reconhecimento recíproco”

Partindo desses pressupostos, aceitamos o desafio de compreender as experiências de integralidade, utilizando o cuidado como unidade de análise e campo privilegiado de sua ação. Este artigo tem o objetivo múltiplo, de levantar questões, apresentar cenários e dar visibilidade a nossas indagações. Apresentamos

a trajetória e os cenários da pesquisa e algumas considerações acerca dos resultados da primeira fase do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, coordenado pela autora principal, os quais se encontram detalhados em mais três textos desta coletânea<sup>7</sup>.

## **2. Fragmentos de Genealogias, Saberes das Pessoas e Ação dos Sujeitos no Cotidiano: apontamentos sobre a trajetória teórico-metodológica da pesquisa**

A integralidade das ações de saúde foi definida como dispositivo jurídico-institucional a partir do objetivo de assegurar aos “indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades” (Brasil, 1993). De acordo com Levcovitz (1997), a formulação do conceito de atenção integral no arcabouço da reforma do sistema de saúde brasileiro buscou responder à necessidade de superação das históricas dicotomias entre preventivo/curativo e individual/coletivo, que marcaram as políticas de saúde no Brasil, através da separação dos campos da saúde pública e da atenção médico-hospitalar.

Ainda que sua conceituação aponte claramente para a dimensão da organização da assistência, a integralidade permanece como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização. Isto decorre do fato de que sua aplicação no cotidiano das instituições de saúde esbarra em limites oriundos da “dificuldade de traduzir o conceito de integralidade, de fato, em novas práticas, o que acaba por reduzi-lo a uma soma ou justaposição das ações de cunho coletivo ou preventivo com as de cunho individual curativo” (Pinheiro, 2000). Tais dificuldades sinalizam um aspecto fundamental na construção das políticas de saúde: a compreensão de que a integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica, especialmente nos aspectos em que tal organização é equivalente à técnica baseada no saber biomédico. Nesse sentido, retomamos a discussão colocada por Ayres (2001), acerca dos limites do êxito técnico, definido como a consecução de fins determinados, a partir de meios estabelecidos:

“O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um ‘como’ fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os ‘que fazer’. Por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde” (Ayres, 2001, p. 69).

A concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de “práticas eficazes” (Pinheiro e Luz, 2003). Trata-se de um desafio que tem

como horizonte não apenas um êxito técnico, mas um “sucesso prático” (Ayres, 2001), que se diferencia daquele na medida em que tem de ser remetido explicitamente ao plano das relações. Não a aplicação de um saber sobre um outro objetivado, mas a construção (ativamente) coletiva de realidades sociais, o que demanda uma “perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não-tecnicista” (Ayres, 2001, p. 70).

Como construção e prática social, a integralidade ganha riqueza e expressão no campo da saúde, à medida que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos, os quais requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente (Pinheiro e Luz, 2003). Ou seja, um tipo de fazer política que subordina a prática à tecnocracia, com suas regras e disciplinas externas ao campo da saúde, e acaba por produzir cisões e assimetrias nos processos de trabalho, muitas delas negativas, provocadas pelas relações de saber e poder no cotidiano dos serviços. Todavia, essas práticas do cotidiano, quando tomadas como fonte de criatividade e de críticas, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico — que está aprisionado no método que o legitima e lhe confere autoridade — quanto da própria sociedade, ao possibilitar-lhe a expressão de sua participação ativa e constituinte de novos e críticos saberes sobre saúde e de fontes de sua construção. Aliás, alguns historiadores já chamavam atenção acerca do papel das práticas na produção do conhecimento humano moderno, que sempre foram concebidas como lugar de verificação de idéias, nunca de autoria (Burke, 2003).

O estudo das práticas na trajetória da pesquisa não se destina a fazer uma arqueologia acerca da integralidade, mas traçar uma genealogia no sentido foucaultiano, ou seja, genealogia como “o acoplamento dos conhecimentos eruditos e das memórias locais, acoplamento que permite a constituição de um saber histórico de lutas e a utilização desse saber em táticas atuais” (Foucault, 2000, p. 13). Esse traçado se forja quase como um mapa de diferentes críticas, revelando permanências e descontinuidades dos saberes instituídos no campo da saúde, sobretudo do saber biomédico. Críticas se forjavam em táticas em diferentes espaços e lugares que percorremos no campo da pesquisa. Espaços (corredores, consultórios, hospitais, praças, ruas, quintais) e pessoas (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, pacientes, famílias), que, em seus movimentos diários, se revelavam em *espaço-cotidiano*, entendido na concepção de Milton Santos:

“como uma reunião recíproca de fixos e fluxos, o espaço como conjunto contraditório formado por uma configuração territorial e por relações de produção, relações sociais; e finalmente o que vai presidir a reflexão de hoje, o espaço formado por um sistema de objetos e sistema de ações” (Santos, 1997, p. 110).

Nessa trajetória, não se tratava de descrever as convergências e divergências entre os saberes, a partir da positividade de seus discursos, mas identificar o surgimento de outros saberes, instituintes e críticos. Saberes que assumiam caráter estratégico de transformação dos sujeitos, de concepções de mundo, atuando como dispositivo político e, por que não, de poder? Poderíamos denominá-lo “saberes das pessoas”, “saberes locais”, descontínuos e não legitimados, saberes sem senso comum (Foucault, 2000), que não encontram “guardida na ordem racionalizadora” de nossa sociedade organizada pelo regime capitalista, como afirma a mestra Madel Luz (2004), em seu texto desta coletânea. Ou seja, são saberes que não se justificam por análises econômicas, mas por análises políticas, sociais e culturais.

Não se quer dizer com isso que não consideramos os aspectos históricos e sociais relacionados à incorporação da integralidade como princípio norteador e doutrinário de uma política de Estado para a saúde no Brasil. Sabemos que a integralidade se institucionalizou num contexto específico, de criação do SUS, a partir do movimento de reforma sanitária e outros movimentos sociais voltados para grupos específicos – mulher, criança e idoso – há mais de 20 anos. Mas sabemos também que, em quase 15 anos de consolidação do SUS, o solo foi ficando fértil para o brotamento de um intenso processo de transformações e de experiências amistosas à integralidade, qualificando-a com as ações em defesa da vida das pessoas. Um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde no país. Com a descentralização, novos atores incorporaram-se ao cenário nacional e isso, juntamente com a universalidade do acesso aos serviços de saúde, possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências locais centradas na integralidade da atenção.

São milhares de gestores, profissionais e usuários do SUS que, na busca pela melhoria de atenção à saúde, vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das idéias e concepções sobre saúde, em particular dos modelos tecnoassistenciais. Não se quer negar, com essa afirmação, a existência de tensões e conflitos que permearam a luta pela implantação de políticas públicas mais justas nos países. Deseja-se destacar a *ação criativa* desses novos atores, verdadeiros sujeitos em ação que, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, vêm possibilitando o surgimento de inúmeras inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS.

Com efeito, reconhecer essas experiências de iniciativas municipais e estaduais tem implicado repensar os aspectos mais importantes do processo de trabalho, da formação, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde. Em que pese a diversidade e a pluralidade dos temas abordados, é possível perceber os diferentes desafios enfrentados pelos gestores, profissionais e técnicos, para encontrar soluções para os problemas de saúde prioritários da população. Em relação às novas tecnologias assistenciais, mais especificamente, verifica-se que práticas em saúde desenvolvidas nessas experiências vêm resultando em transformações no cotidiano das pessoas que buscam e oferecem cuidados de saúde (Pinheiro, 2002; Brasil, 2002a e 2002b; Pinheiro *et al.*, 2003).

Falamos de experiência como sendo *uma ação da qual já se sai transformado*, a partir de um *façer-saber* que não se reduz ao ato de dissertar, escrever ou, melhor dizendo, *comunicar* o que já se sabe. Trata-se de uma experimentação, e não de um trabalho de teoria para construir um sistema geral (Foucault, 2000). Produzir conhecimento a partir de experiências requer aplicar olhar reflexivo sobre um objeto qualquer do vivido, para apreender suas significações. Nesse sentido, a análise de experiências diferencia-se dos estudos de casos, em sua acepção convencional, pois não se estariam “avaliando as melhores práticas” (*best practices*), ou definido exemplos, tampouco buscando generalizações de seus resultados.

Nesta pesquisa, a análise de experiências nos estudos das práticas possibilitaria observar os efeitos e visibilidades de *inovações praticadas* por pessoas em diferentes locais, produzindo saberes embebidos de críticas. Tal inovação é aqui concebida como uma ação participativa, multicultural, capaz de romper com a ditadura unitária de conhecimentos, dos efeitos centralizadores de poder vinculado à instituição e ao funcionamento de um discurso hegemônico da racionalidade científica moderna e, por extensão, na saúde – a racionalidade médica moderna.

Com isso, poderíamos conceder aproximações de desenvolvimento de um saber crítico, a partir do acolhimento dessas pequenas genealogias. Genealogias, segundo Foucault, como

“um projeto de inserção dos saberes na hierarquia do poder da própria ciência, uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico” (Foucault, 1999, p. 15).

Trata-se, sem dúvida, de um movimento ousado de construção do conhecimento que busca a transversalidade de seus objetos e procedimentos metodológicos e técnicas de pesquisa distintas, oriundos das ciências sociais, humanas e políticas. Exploramos a integralidade como dispositivo político (por que não de poder?) de configurações múltiplas, assumindo o cuidado em saúde

como expressão de sua potência como crítica da validade universal da racionalidade ocidental moderna, no que concerne à sua organização social, ciência e cultura. Vejamos os nossos cenários.

### **3. Os Lugares e o Cotidiano da Pesquisa: procedimentos metodológicos, técnicas e cenários da investigação**

O trabalho de campo da pesquisa foi realizado durante o período de julho de 2001 a dezembro de 2002, em três localidades: Resende e Cantagalo (no Rio de Janeiro) e Juiz de Fora (em Minas Gerais). A seleção dessas localidades obedeceu aos seguintes critérios: a) desenvolvimento de programas/serviços que apresentassem proposta institucional que contemplasse o exercício de práticas e terapêuticas – convencionais ou não-convencionais voltadas para a integralidade da atenção e do cuidado em saúde (Programa Saúde da Família e Práticas terapêuticas não convencionais – homeopatia, acupuntura, ioga); b) natureza pública e integrante do SUS; e c) desenvolvimento de atividades de pesquisa, ensino ou extensão junto a uma universidade.

As modalidades de técnicas de pesquisas utilizadas foram coleta e registros de dados. Entre as técnicas de coleta de dados, destacamos as entrevistas com roteiros semi-estruturados dirigidos a cada um dos entrevistados de acordo com sua inserção institucional (profissionais de saúde, usuários, gestores, coordenadores). As entrevistas seguiram um roteiro de perguntas abertas, com dados de identificação dos entrevistados (sexo, idade, ocupação/profissão). Foram divididas em três blocos temáticos, que buscavam identificar concepções/representações acerca da integralidade no cotidiano, enfocando as relações entre pacientes/usuário, equipe de profissionais e no serviço. Além das entrevistas, foram realizadas “oficinas sobre integralidade”, observação direta, “conversas no cotidiano” e coleta de documentos.

A oficina sobre integralidade é uma técnica de grupo focal, adaptada de um instrumento de pesquisa desenvolvido pela profa. Mary Jane Spink, do Núcleo de Pós-graduação de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e colaboradora do nosso grupo de pesquisa. Durante o trabalho de campo, realizamos cinco oficinas, reunindo nas localidades usuários, profissionais e gerentes/gestores dos serviços e das secretarias municipais de Saúde. Já as “conversas do cotidiano” permitiram engendrar nexos constituintes entre o objeto da pesquisa e as variadas esferas de interação social. De acordo com Menegon (1999, p. 215-217), “conversar é uma das maneiras por meio das quais as

peças produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano”. E acrescenta:

“Conversas do cotidiano pressupõem dialogia (vozes), que presentifica, também, interlocutores ausentes da situação da conversa e, além do contexto imediato da situação relacional, leva em conta a relação estabelecida entre o tempo curto (face-face) e o contexto mais amplo da circulação de idéias” (Menegon, 1999, p. 215).

Das técnicas de registro de dados, o diário de campo foi escolhido como o mais adequado. Registramos os contextos em que se inseriam as experiências investigadas, com o devido mapeamento de informações consideradas importantes para o desenvolvimento da pesquisa. Apresentamos a seguir, de forma sucinta, alguns aspectos sociais, demográficos, políticos, institucionais e sanitários das localidades, onde as experiências foram desenvolvidas com o objetivo de auxiliar a compreensão desses territórios de espaços cotidianos.

#### **4. Das Localidades: a força do “lugar” das experiências**

##### ***4.1. Cantagalo***

Cantagalo situa-se no Norte Fluminense, sendo um dos maiores municípios da Região Serrana, com área de 778 Km<sup>2</sup> divididos entre cinco distritos. Sua população é de 19.835 habitantes, sendo 9.911 homens e 9.924 mulheres. A distribuição demográfica dessas pessoas pelo município é bastante peculiar, já que 69,1% se concentram na área urbana e 30,9% estão distribuídos pela área rural, contrariando a lógica nacional, que tende a concentrar um número muito maior de pessoas na área urbana (IBGE, 2000).

Ainda que exista considerável parcela da população no campo, isso não significa que o município tenha uma vocação primordialmente agrícola ou pecuarista. Pelo contrário, os indicadores econômicos demonstram que as três principais atividades econômicas, por número de empregados da região, são: 1) administração pública; 2) indústria de transformação; e 3) serviços. A cidade reúne as maiores empresas cimenteiras do país, e sua produção alcança o terceiro lugar em escala nacional (Fundação CIDE, 2000).

Com relação aos dados de educação e saúde, verifica-se que os índices de alfabetização e mortalidade infantil evoluíram de forma positiva. No ano de 2000, a porcentagem de pessoas alfabetizadas ficou em 78,15% da população, o que reflete uma melhora significativa, já que em 1991 estava em 69%. A mortalidade infantil também teve melhoras, pois no ano de 1998 registrou a marca de 23,08 crianças mortas por mil nascidas vivas, enquanto que em 1989 atingiu 32,75 (BRASIL/MS, 2000).

É importante destacar que o nível de morbidade hospitalar sofre grande influência de uma das principais atividades econômicas da cidade, a indústria cimenteira. As empresas que compõem esse pólo liberam grande quantidade de poeira no ar, sujeitando a população a problemas respiratórios. Isto se verifica quando se analisam os indicadores de morbidade, que demonstram que as três principais causas de morbidade hospitalar que acometeram a cidade nos últimos cinco anos foram: 1) doenças do aparelho respiratório; 2) doenças do aparelho circulatório; e 3) gravidez, parto e puerpério. Tais causas não se mantiveram constantes nessa ordem durante esse período, porém encontraram-se sempre entre as mais recorrentes, ocupando em todos os anos os primeiros lugares (BRASIL/MS, 2000).

Desde junho de 1999, o Programa de Saúde da Família de Cantagalo vem sendo implantado no município. Em 2001 contava com sete equipes, que atendiam a mais de 80% da população. Havia uma peculiaridade em Cantagalo que merece destaque: os médicos do programa tinham especialidades distintas, o que fazia com que as equipes de Saúde da Família contassem com um quadro de “referências” integrante ao próprio PSF. Com isso havia no conjunto das equipes do PSF: neurocirurgião, ginecologista, pediatra, cardiologista, homeopata e acupunturista. Ou seja, cada posto do PSF contava com médicos de distintas especialidades, forjando um “sistema de referência e contra-referências próprio” do programa, no qual as equipes encaminhavam seus pacientes uns para os outros. Desta forma, o nível de “resolubilidade” do programa foi ampliado, sendo possível diminuir a demanda para outros níveis de atenção. É interessante notar que o nível de atenção existente na cidade, que se convencionou denominar secundário, ou de média e alta complexidades, sofreu os efeitos dessa estratégia.

Foi comum identificar “donos” de clínicas ou de consultórios se queixando da redução da demanda por seus serviços. Estes eram conveniados-contratados, se organizavam ainda na lógica hospitalocêntrica, não se integrando efetivamente ao sistema de saúde local. Outro aspecto importante nas equipes do PSF de Cantagalo foi a convivência entre as diferentes práticas terapêuticas no atendimento dos pacientes, embora apenas um profissional tivesse formação específica na área das medicinas naturais, foi possível registrar respostas positivas em práticas cotidianas no interior do PSF.

O serviço incorporou também práticas de saúde que são atividades de origem externa (leia-se independente) ao programa, ou seja, não são aquelas “ordenadas” pelo Ministério da Saúde nem pelas Secretarias de Saúde, mas que têm grande repercussão junto à população. Essas práticas ou atividades são sugeridas e muitas vezes até organizadas pelos próprios usuários, como festas, bailes e passeios, que engendram verdadeiros “circuitos de dádivas” e novas formas de cuidar em saúde.

## 4.2. Resende

Resende é um dos maiores municípios da Região do Médio Paraíba, com área total de 1.113 Km<sup>2</sup>. Sua população, segundo o censo de 2000, era de 104.549 habitantes, divididos entre 51.170 homens e 53.379 mulheres. Embora o potencial agrícola não esteja enquadrado entre as principais atividades econômicas do município, ainda há boa parcela da população distribuída pela área rural, 8,3%; a outra parte, 91,7%, concentra-se na área urbana (IBGE, 2000).

Mais um indício do potencial urbano de Resende são as atividades econômicas desempenhadas pelo município. Pode-se assim dizer, pois, das três mais importantes, duas atividades encontram-se entre as principais fontes econômicas dos municípios considerados primordialmente urbanos no Brasil. Em Resende, a ordem é: 1) serviços; 2) indústria de transformação; e 3) comércio (Fundação CIDE, 2002).

Quanto aos índices de saúde e educação, percebe-se uma mudança no decorrer dos anos. Em 2000, a porcentagem de alfabetizados foi de 82,3%, o que demonstra uma melhora significativa, pois em 1991 foi de 75,8%. Essa melhora ocorreu também nos coeficientes de mortalidade infantil, já que em 1989 a média girou em torno de 23,4, e em 1998 foi de 16,0 crianças mortas por mil nascidas vivas.

Os principais fatores da morbidade hospitalar se assemelham, em alguns pontos, aos outros dois municípios estudados. As causas mais recorrentes em Resende foram: 1) gravidez, parto e puerpério; 2) doenças do aparelho circulatório; e 3) doenças do aparelho respiratório.

Com relação ao serviço de saúde, é importante destacar que o Programa de Saúde da Família de Resende começou a ser implantado em 1998. No decorrer dos anos, a rede passou por um processo de ampliação; em 2002, a rede era composta por oito equipes, que abrangiam uma parcela de 32% da população. O serviço apresentava algumas peculiaridades, que devem ser destacadas: o atendimento a diabéticos e hipertensos ainda era centralizado, embora tenha sido iniciado um processo de descentralização de suas ações. Seu funcionamento se estruturava numa área da Secretaria de Saúde, onde eram realizadas atividades relacionadas a outros programas, tais como: encontro de adolescentes para discussão de filmes, grupos de adolescentes grávidas e oficinas de arte e pintura.

No plano das práticas terapêuticas, podemos constatar que o serviço municipal de saúde contava ainda com práticas de ioga<sup>8</sup>, oferecidas de forma centralizada em uma das unidades de saúde da cidade. Recebia pessoas de toda a cidade de Resende, que chegavam, geralmente, por meio de indicação dos médicos dos PSF. De acordo com os depoimentos do responsável pela associação de diabetes, e confirmado pela Secretaria Municipal de Saúde, existia uma demanda reprimida

para essas práticas, que seria solucionada com a mudança de local, mais espaçoso e com melhor acesso dos pacientes. Enfatizou-se, em alguns momentos da pesquisa de campo, que a busca por esse tipo de práticas tem sido ampliada em grande medida pelos próprios profissionais do PSF, sobretudo médicos que constataram, em suas práticas cotidianas, significativa melhora no quadro clínico dos pacientes acometidos por diabetes e hipertensão, sendo observada em exames diagnósticos a redução dos níveis pressóricos e de glicose sanguíneos. Nas áreas rurais, as unidades de saúde da família configuram cenários de práticas de ensino aprendizagem para estudantes das graduações em saúde de universidades do estado. Observamos ainda a existência, no sistema, de um pequeno serviço de referência em acupuntura, com uma profissional homeopata/acupunturista que, saturada pela grande demanda, atua apenas no exercício da acupuntura.

### **4.3. Juiz de Fora**

O município de Juiz de Fora está situado na Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, compondo a Zona da Mata. Seu território se estende por uma superfície de 1.439Km<sup>2</sup>, divididos entre quatro distritos. Sua população, em 2000, chegou a 456.796 habitantes, sendo 217.411 homens e 239.385 mulheres. Diferentemente de Cantagalo, a distribuição demográfica da população segue a tendência histórica no Brasil: a grande maioria das pessoas se concentra na área urbana, restando menos de 1% da população em área rural.

Quando analisados os dados de saúde e educação, percebe-se nítida melhora no decorrer dos anos. Os índices de alfabetização do município tiveram aumento significativo: de 80,5%, em 1991, para 85,63%, em 2000. Da mesma forma, o coeficiente de mortalidade infantil também melhorou, já que em 1989 o número foi de 28 mortos por mil nascidos vivos, e em 1998 foi de 19,17 (Juiz de Fora, 2001).

No que diz respeito à importância da atividade econômica, segundo número de empregados, Juiz de Fora se inclui na perspectiva nacional de uma cidade primordialmente urbana, tendo suas principais atividades distribuídas da seguinte forma: 1) comércio; 2) indústria de transformação; e 3) serviços (IBGE, 2000).

Sobre a morbidade hospitalar, em 2000 o primeiro lugar desse indicador foi ocupado pelo capítulo XV do CID 10 – Gravidez, parto e puerpério. Já o segundo lugar foi ocupado por transtornos mentais e comportamentais (Juiz de Fora, 2001). E a terceira maior causa da morbidade hospitalar reflete a tendência nacional – ou seja, é também a maior causa na maioria das cidades brasileiras: doenças do aparelho circulatório.

O município de Juiz de Fora foi um dos primeiros no Brasil a implantar o Programa de Saúde da Família e a oferecer um serviço de referência em

homeopatia no sistema de saúde municipal. O serviço de homeopatia iniciou suas atividades no ano de 1993 e o PSF teve sua instalação em 1997, com apenas cinco equipes que serviram de piloto para implementação do programa. Progressivamente esse quadro foi ampliado e o serviço contava, em junho de 2000, com 32 equipes, que mantinham cadastrados 27,12% da população da localidade. Observou-se que a experiência-piloto influenciou de forma definitiva na ampliação do programa, sendo algumas consolidadas de maneira exitosa, servindo de campo de estágio para os estudantes de medicina, enfermagem e serviço social.

Em 2002, o serviço de homeopatia funcionava com 12 médicos, dois enfermeiros, uma assistente social, quatro auxiliares de enfermagem, além de dois funcionários que trabalhavam na farmácia. O serviço tinha capacidade de atender apenas às pessoas cadastradas, cerca de 4.600, a maioria mulheres e crianças. Estimava-se, em 2002, que a demanda reprimida era de mais de 300%.

As pessoas cadastradas no serviço têm seu acesso garantido, bastando marcar uma consulta, o que pode ocorrer para três meses após o pedido. Fator fundamental para o funcionamento do serviço é o fato de a farmácia ser integrada ao sistema público, de modo que o paciente sai da consulta com a receita e já entra com o pedido do medicamento.

As consultas duram em média vinte minutos, a não ser a primeira, que tem duração estimada de uma hora. As pessoas que acabaram de ingressar no serviço e que já foram consultadas participam de uma palestra dirigida pela coordenação, em que são explicitados os procedimentos da homeopatia. Porém, essa tentativa de esclarecimento não se esgota aí, toda a equipe funciona como uma “caixa de ressonância” – ou seja, os procedimentos básicos necessários por parte do paciente são repetidos a todo o momento, desde a recepção até a hora da entrega do medicamento. Essa é uma tática que dinamiza a consulta com o médico. A tarefa não fica mais unicamente por conta dele, além de reduzir o número de abandono do tratamento por não entendimento de suas reações.

## **5. Dádiva, Práticas Terapêuticas e Laços: considerações finais acerca de algumas táticas para a construção da integralidade no cuidado em saúde**

Das pequenas genealogias e das práticas cotidianas, designamos o cuidado como *locus* de signos da integralidade – signos que o tornam uma categoria de existência do cotidiano, configurando-se em diferentes espaços-tempo que reúnem o mundo vivido, levando em conta diferentes variáveis, tais como os objetos, as ações, a técnica e o tempo (Santos, 1999).

Interessa-nos aqui ressaltar o cuidado como uma ação social, no sentido weberiano do termo, que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos (Weber, 2001). A idéia foi compartilhada e aprofundada por Habermas (1987), quando chamávamos a atenção para a importância do papel da interação nas relações sociais, principalmente a oposição entre a interação mediada por técnicas e sua racionalidade, e uma interação mediada por símbolos e pela ação comunicacional.

Essa compreensão permitiu apreendermos, das experiências, diferentes procedimentos técnicos convencionais e não-convencionais, populares. Notoriamente presenciamos como os procedimentos populares se transformam em táticas, na perspectiva de Certau (1999, p. 41), pois “jogam com os mecanismos de disciplinas defendidas pelo procedimento técnico e não se conformam com ele, a não ser para alterá-los”. São táticas revestidas de esboços simbólicos motivados pelos movimentos de cooperação, prolongando a atividade própria do sujeito. Abarcam a totalidade da tarefa comum, alcançada por meio de relações de reciprocidade que, ao mesmo tempo, produzem *alteridade e a comunicação*. Totalidade concebida como *práxis*, envolvendo concepções e apreciações na escala de experiência social de determinando campo – neste trabalho, a saúde.

Isso implica compreender os nexos constituintes entre cuidado e integralidade como práticas cotidianas que ressignificam as relações sociais e tensionam as relações de produção, pelo reconhecimento do caráter intersubjetivo inerente à condição de *ser* humano em diferentes territórios, problematizando sua inserção nos processos de trabalho e nas interações entre sujeitos.

Observamos, em nossa pesquisa, sob o olhar da dádiva, o engendramento de estratégias e táticas em práticas cotidianas nos serviços de saúde tornando suas estruturas permeáveis às inovações. Entre elas estão as *novas atividades de saúde*, na medida em que estabelecem vínculos sociais, transformando os espaços públicos em “lugares de encontro” de pessoas cuidadoras de si e dos outros. Cria-se outra referência pública, possibilitando pensar a política como geradora de reciprocidades positivas, pelo aumento da porosidade das instituições às práticas de saúde – enfim, a outras concepções de mundo, modificadoras das relações entre sociedade civil e Estado.

Ainda na esteira das inovações, foi possível apreender rupturas de ordens instituídas, proporcionadas por arranjos institucionais com potência de transformação das tradicionais estruturas administrativas e políticas existentes no interior dos serviços de saúde. Concepções que potencializam um novo patamar ético e político entre sociedade civil e Estado. Para percebê-las, foi preciso assumir

definições das categorias Estado e sociedade distintas daquelas hegemonicamente defendidas no campo das ciências sociais e políticas. Concebemos o Estado no sentido gramsciniano do termo, como um momento provisório da própria sociedade civil. Essa compreensão de Estado borra as fronteiras das dualidades existentes em nossa sociedade e reforça a crítica ao reducionismo da realidade em saúde a convencionais dicotomias – tais como saúde e doença, cuidado e atenção, ação preventiva e curativa, individual e coletivo – denunciando uma razão indolente, que desperdiça a experiência, componente crítico e democrático de uma política de consolidação da saúde como direito de cidadania.

Isto implica não aceitarmos a posição confortável de dizer que Estado é uma coisa e sociedade civil é outra. A definição de sociedade civil, seguindo Gramsci, é que ela é uma arena privilegiada de luta, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia. Precisamente por isso, ela não pode ser o “outro” do Estado, mas sim, juntamente com a sociedade política, um dos elementos constitutivos e constituintes de suas ações. O par conceitual sociedade civil/Estado deve ser concebido como uma unidade na diversidade e, portanto, não é possível alimentar uma dicotomia radical, pela ênfase maniqueísta de que o Estado é tudo de ruim e a sociedade civil é tudo de bom, ou vice-versa. Isso não ajuda a pensar política, quanto mais pensar a integralidade como potência na construção de políticas mais justas e solidárias.

Como sujeito ativo, a sociedade civil forja novas formas de cuidado integral nos espaços públicos – por exemplo, a busca pela garantia do direito ao usuário de escolher o seu tratamento ou terapêutica. Embora a expansão das práticas terapêuticas no interior das instituições de saúde seja considerada tímida pelas análises macropolíticas, seus efeitos nas vidas das pessoas têm sido cada vez mais referenciados por aqueles que demandam cuidado em saúde como uma resposta positiva. Os profissionais respeitam suas diferenças, e assim se abrem às outras concepções de mundo, na maioria das vezes retalhadas pela tradicional normatividade institucional.

Por fim, destacamos os laços construídos pelos agentes comunitários, sujeitos de saberes e práticas cotidianas, detentores do desafio de estabelecer territórios comuns, pontos de contatos, o fluxo e o fixo de interações entre equipe de profissionais e comunidade. É o “entre” do saber legítimo, científico e o saber popular, que como laço constrói vínculos e amplia acesso, rompendo os elos dos modelos editais de fazer políticas. Ao fazer isto, desata os nós das técnicas, para chegar à razão primeira de ser em saúde: ser cuidado.

## Notas

- <sup>1</sup> Sanitarista; professora visitante adjunta do IMS/UERJ; doutora em Saúde Coletiva; coordenadora do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e pesquisadora responsável pelo projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>2</sup> Psicóloga; doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>3</sup> Ver Pinheiro (2003).
- <sup>4</sup> Ser, no sentido de Heidegger: *ser-aí*. Ver Abbagnano (2001). Poderíamos pensar o direito de ser como respeitar as diferenças, suas relações com as questões de etnia, gênero e raça, ou mesmo considerar os portadores de deficiências ou patologias e suas necessidades específicas. Ou em planos organizacionais e políticos, por exemplo, garantir acesso às outras práticas terapêuticas ou garantia do usuário para participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada. Com relação às edificações em saúde, já observamos características de um ambiente “acolhedor”.
- <sup>5</sup> Ver <[www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br)>.
- <sup>6</sup> Em que pese os termos “polifonia” e “dialogismo” serem utilizados como sinônimos por alguns autores, eles são aqui concebidos de formas distintas, de acordo com as definições trabalhadas por Bakhtin (2002).
- <sup>7</sup> Os textos que são referidos nesta coletânea são Guizardi e Pinheiro (2004); Machado *et al.* (2004); Silva *et al.* (2004).
- <sup>8</sup> Vale registrar que a professora de ioga foi contratada por uma associação de diabéticos de Resende, sendo o espaço da unidade cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Resende.

## Referências

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, s/n, p. 63-72, 2001.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do SUS 01/93*. Brasília: MS, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Informações sobre Saúde*. Brasília: Datasus. Disponível em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acessado em junho 2000.
- BURKE, P. *Uma história social do conhecimento: de Gutenberg a Diderot*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- CERTAU, M. A invenção do cotidiano. Artes de fazer. Teresópolis: Vozes, 1994.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999 (Coleção *Tópicos*).
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Coleção *Ditos e Escritos*, 2).

FIORIN, J.; BARROS, D. L. P. *Dialogismo, polifonia, intertextualidade*: em torno de Bakhtin. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

FUNDAÇÃO CIDE. *Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Planejamento, 2002.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.

HABERMAS, J. *Théorie de l'agir communicationnel*. Racionalité de l'agir e rationalisation de la société. v. 1. Paris: Fayard, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação*: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de Saúde – 1974-1996. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva*. Estudos sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 7-19.

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

PINHEIRO, R. Direito à Saúde. In: MATTOS, R. *Revistando as Conferências*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Lappis, dez. 2003.

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

\_\_\_\_\_. 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. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro:IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R. *et al*. Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S. (Org). *Tempo de inovações*: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande dos Sul. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes *versus* modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

SANTOS, B. *A crítica da razão indolente*. contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, M. *A natureza do espaço*. Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1997.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Terapêuticas Não-Convencionais e terapias complementares. Juiz de Fora: SMS, 2001.

WEBER, M. *Metodologia das Ciências Sociais*. Max Weber (parte 2). São Paulo: Cortez, 2001.

# Quando Dádiva se Transforma em Saúde: Algumas Questões sobre a Integralidade e o Cuidado nas Relações entre Sociedade e Estado

FRANCINI LUBE GUIZARDI<sup>1</sup>  
ROSENI PINHEIRO<sup>2</sup>

*A hospitalidade consiste em fazer tudo para se dirigir ao outro, em lhe conceder, até mesmo perguntar seu nome, evitando que essa questão se torne uma “condição”, um inquérito policial, um fichamento ou um simples controle das fronteiras. Diferença a um só tempo sutil e fundamental, pergunta que se faz no limiar do “em-casa” [chez-soi], e no limiar entre duas inflexões. Uma arte e uma poética, mas também toda uma política, dependem disso, toda uma ética se decide aí.*

Jacques Derrida, *Papel-Máquina*

## 1. Introdução

A construção da integralidade implica, necessariamente, a disponibilidade para trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis, aspecto que torna essa categoria tão particularmente polissêmica (Mattos, 2001; Pinheiro, 2001). Tal característica, ao contrário de indicar uma limitação ou negatividade, é o que nos faz tomar a integralidade como um campo de disputa política e produção de real social (Rolnik, 1989), menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, especialmente constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições. É através desse enfoque que nos propomos a abordá-la: *a integralidade como uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados.*

Por mais óbvio que esse ponto de partida se afigure, é fundamental sua explicitação no debate. Como já nos sinalizara Ayres (2001), é preciso fazer um deslocamento em nossas concepções de atuação no campo da saúde. Uma transformação no *agir* que o afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de *cuidado*. Isto porque, historicamente, o campo da saúde tem sido marcado por intervenções balizadas por um certo exercício do poder-saber técnico, cujo principal efeito – e, ao mesmo tempo, premissa de sua viabilidade – pode ser identificado na produção de um *outro* objeto de intervenção, e não

sujeito de relação. Um *outro* (comunidade, “paciente”, família etc.) desprovido de singularidade, desejo, saber e história. Em suma, um encontro que se tem concretizado mediante a referência da normalização que marca o exercício do poder disciplinar que configurou e determinou as relações sociais na modernidade (Foucault, 1945). E esta ainda nos constitui, apesar da aceleração das transformações contemporâneas.

Esses dispositivos de poder organizaram o campo da saúde numa direção oposta ao projeto político que nos move, o projeto de construção da saúde como direito de cidadania. Tais dispositivos constroem esse *encontro* como um lugar de *assujeitamento* (Foucault, 2002), e não como produção comum de diferentes *sujeitos* (diferentes vozes, lugares, saberes e implicações). Eis, então, o que consideramos ao mesmo tempo condição fundamental e referencial transversal de análise quanto ao projeto da integralidade: sua concretização enquanto práticas e relações entre sujeitos, o que implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos pólos da relação. Afinal, como coloca Mattos (2001, p. 61):

“Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

Nesse sentido, compreendemos que a integralidade remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção os procedimentos e técnicas empregados se tornam secundários às relações engendradas: cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de *encontro desejante* (Ayres, 2001) que constitui o campo de ação das políticas de saúde. Cuidar implica estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se erige o referente simbólico (Merhy, 2004) que inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sucesso prático, e não apenas de êxitos técnicos, ainda que estes sejam requeridos pelo primeiro.

“Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, 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 os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (Merhy, 2003, p. 77).

Ao situá-la no plano das relações, procuramos afastar a discussão da pretensa neutralidade do discurso técnico-científico e direcioná-la às práticas resultantes

da interação cotidiana das ações e saberes dos sujeitos (Pinheiro, 2003). Nesse sentido, o objetivo deste artigo é discutir a construção da integralidade no espaço público configurado pelo encontro do profissional/serviço com seu outro, usuário/comunidade, já que apenas nos encontros concretos os sujeitos implicados ressignificam e/ou consolidam suas práticas, ensaiam alteridades ou atualizam instituições. Em resumo, é no dia-a-dia desses atores que a política existe como materialidade, como produção e realidade social. Não pretendemos, contudo, discutir esse espaço de encontro unicamente através de suas configurações normativas. Interessa-nos entender a construção da dimensão simbólica que o viabiliza, em torno da qual a relação se torna signo, se desdobra em significados e se forja como vínculo, como referencial recíproco na produção da teia do existir coletivo – em outras palavras, dimensão em que o humano se afirma como impreterivelmente social.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi escolhido como cenário da discussão, por exigir uma reconfiguração desse encontro, que nele se torna distinto daquele característico do modelo biomédico. Uma primeira diferenciação pode ser percebida no fato de o programa ter a integralidade como eixo norteador de sua organização. Esse aspecto se faz mais evidente quando analisamos os movimentos e formas de vinculação construídas entre os dois pólos da assistência: no PSF há uma reorganização do processo de trabalho que objetiva desfocar a atenção do recurso à intervenção especializada, voltando-a para construção de laços entre a equipe de saúde e a comunidade assistida – laços a partir dos quais se objetiva concretizar a assistência.

Para realizar nossa proposta de analisar a integralidade como espaço de encontro, retomaremos, num primeiro momento, as questões colocadas pelo paradigma da dádiva, as quais julgamos útil instrumento teórico na compreensão dos vínculos produzidos nas sociedades modernas, especialmente quando eles se efetivam por meio de intervenções estatais. A discussão fundamenta-se na produção do M.A.U.S.S. – *Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales* (Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais), surgido em 1981, na França<sup>3</sup>.

## 2. A Dádiva e as Relações Sociais na Modernidade

As considerações sobre a dádiva, ou dom ritual, como a denominou primeiramente Mauss (1974), surgem da observação desse autor sobre o modo como se efetivam as trocas em algumas sociedades ditas “arcaicas”. Desprovidas da forma-mercado, bem como da caricatural noção de escambo, as trocas nas sociedades por ele pesquisadas se submetiam a outro registro social, que o autor

identificou como uma tripla e paradoxal obrigação: o dar, o receber e o retribuir. A consecução da obrigação institui um circuito, marcado por uma salutar característica quando comparado ao mercado: nele, os bens que circulam são secundários aos vínculos e relações criados.

“De fato, até mesmo quando objetos de grande valor passam de mão em mão, o que importa verdadeiramente é a relação que se estabelece entre as pessoas; o objeto da troca é a criação de vínculos de amizade ou o surgimento de rivalidades e obrigações. A circulação de riquezas irá efetuar-se somente à margem” (Caillé e Graeber, 2002, p. 24).

O que verdadeiramente justifica esse circuito é a obrigação compartilhada: “ao receber e aceitar algo, devo, de certa forma, àquele que me ofereceu o bem”. Como meio de escapar à assimetria dessa condição, esse bem é retribuído ou repassado, fazendo com que a obrigação e, portanto, o vínculo instituído, configure uma rede simbólica de produção de sentidos e referências coletivas. Note-se que a assimetria, estando sempre presente nessas relações por meio da dívida, não se enrijece como hierarquia, uma vez que também os sujeitos circulam pelas posições de doador e donatário.

A dádiva inscreve as trocas na rede social como “ações dotadas de sentido, reabilitando a intencionalidade e as justificativas dos atores através de determinações recíprocas do fazer e do dizer” (Martins, 2002, p. 8). Tais determinações são a própria condição da existência do vínculo social, mesmo nas sociedades modernas.

“A sociedade se funda, sobretudo, na ambivalência da reciprocidade: existe o interesse, mas também o desinteresse, o contrato e o vínculo espontâneo, o pago e o gratuito. Pelo interesse utilitarista, [...] funda-se uma empresa comercial, mas não o vínculo social. E, no sentido contrário, pelo desinteresse espontâneo se fazem amigos, casamentos etc., mas não a economia de mercado ou o Estado” (Martins, 2002, p. 12).

A colocação acima nos traz uma afirmação: a de que o mercado, o Estado e os circuitos de dádiva são formas de organização distintas do social, no sentido de que partem e dependem de diferentes relações. Segundo Godbout (1999), o mercado e o Estado introduziram rupturas essenciais à construção do mundo moderno. Para esse autor, através do mercado, houve a liberação dos vínculos obrigatórios das relações sociais, em função da afirmação do “postulado de que todo vínculo obrigatório pode ser substituído por um bem” (Godbout, 1999, p. 175).

Se antes do advento do mercado a produção se realizava inserida nas relações sociais, em função de vínculos comunitários diretos e direcionada unicamente pela utilidade social imediata, a partir dele inverte-se esse sentido de finalidade.

“A sociedade mercantil teve início no dia em que se decidiu fabricar algo, não porque um usuário o tivesse ‘pedido’ e ‘necessitasse’ disso, não porque o fato de

produzir pudesse ser útil ao *usuário*, mas porque podia ser indiretamente ‘útil’ ao produtor, caso este conseguisse, é claro, vender a coisa produzida.[...] Ao fazer produzir, daí por diante, para desconhecidos, o mercado liberta da subordinação pessoal.” (Godbout, 1999, p. 178).

Ao fazê-lo, institui a produção como finalidade social maior, subordinando a ela os vínculos que anteriormente a determinavam. Segregada do uso e alijada do sentido próprio das trocas iminentes às relações, a mercadoria ascende ao lugar de protagonista social, através da despersonalização da produção. As coisas passam a valer por si e entre si, tomando o valor monetário valor supremo e independente das relações sociais através das quais circulam os bens. O lugar dos sujeitos sociais é assim esvaziado em nome do cálculo utilitarista, e “[...] a produção se transforma na própria definição da utilidade do sistema e a base do valor das pessoas” (Godbout, 1999, p. 178).

A dádiva, entendida como “[...] qualquer prestação de bem ou de serviço, efetuada sem garantia de retorno, tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social” (Caillé, 2002, p. 192), é expulsa da circulação das coisas, sendo obrigada a refugiar-se noutras relações. Dessa forma, o mercado, ainda que responda pela objetivação das coisas e por sua segregação radical dos vínculos sociais, não logrou inicialmente estender essa ruptura também às trocas de serviços e às demais relações. Por muito tempo, estas se mantiveram determinadas pelos vínculos comunitários personalizados, próprios do circuito da dádiva, no qual eles são mais importantes do que o suporte material através do qual são criadas as relações. Dessa forma, os serviços em geral mantiveram-se inscritos no registro pautado pela relação dialética entre a obrigação e a liberdade de dar, receber e retribuir, dialética que é a própria tessitura dos laços simbólicos no tecido social.

É somente com a emergência do Estado moderno que os serviços são também liberados das obrigações decorrentes dos vínculos sociais. Com o Estado democrático e previdenciário, as relações de serviço entre as pessoas não abrangidas pelo mercado são assumidas pelo aparelho estatal, que, desse modo, também as exclui do universo da dádiva. Tal fato nos leva a concluir que, através do Estado, a relação mercantil foi estendida a fronteiras antes intocadas pelo mercado, mesmo que isso se tenha dado pelo caminho da consolidação de direitos.

Alguns autores – inclusive o próprio Mauss (1974) – pensaram o Estado moderno – mais especificamente sua estrutura de seguridade social – como lugar privilegiado da dádiva na sociedade contemporânea. Há, contudo, uma hipótese contrária, segundo a qual o viés da redistribuição que fundamenta o aparelho estatal também produz uma ruptura nas relações pautadas na dádiva.

Isso porque, na forma como são dispostos tais serviços, o Estado transforma o vínculo – fundado em relações únicas, pessoa a pessoa – em responsabilidade formal, assegurada por direitos jurídicos e efetivada por estranhos, como no caso da assistência em saúde. Como afirma Godbout (1999, p. 191):

“Eis por que recorremos ao Estado previdenciário para realizar o grande empreendimento de liberação de nossas obrigações. Substituindo-se ao mercado, o Estado visa a liberar os indivíduos de todas as suas obrigações sociais, transformando-as em obrigações contratuais pecuniárias, quase mercantis. O usuário paga, o produtor é pago: isso substitui a obrigação social”.

Acrescentaríamos: afasta a dádiva ao anular a dívida moral, ao igualar a relação, introduzindo-a na lógica do cálculo. Ao invés da singularidade do vínculo social, a prestação de serviços pelo Estado transforma a relação social “num vínculo entre estranhos e num instrumento a serviço daquilo que circula” (Godbout, 1999, p. 184). Assim como o mercado, o Estado – e a democracia representativa – introduz uma polarização entre produtor e usuário, já que, ao tornar-se cidadão, este se assume, como conseqüência, como governado e como consumidor de bens políticos e sociais.

Também quanto a isso se verifica o recurso ao intermediário: onde havia o vínculo comunitário interpõe-se uma classe de nomeados que, por meio da profissionalização e da burocratização, tornam-se responsáveis por transpor o fosso entre governados e governantes, por meio da produção de serviços. Dessa forma, toda uma rede de vínculos é esvaziada, com a introdução do estranho no trabalho social e sua conseqüente despersonalização. Tal aspecto é muito acentuado pela tendência à profissionalização e à especialização da relação, que resulta em convertê-la apenas numa prestação, devida, de serviços – num mecanismo “asséptico” de “solidariedade delegada”.

Cercados por essas fronteiras se inserem os serviços de saúde, marcados pela esterilização do vínculo social, por sua tecnoburocratização – movimento de produção de realidades sociais nas quais o desconforto gerado é muitas vezes expresso por pessoas e comunidades. Estas resistem de inúmeras maneiras à extensão indeterminada desse processo de objetivação do mundo, a partir do qual tudo pode transformar-se em bem ou produto. É a partir dessas formas de resistências que nos propomos a analisar as transformações engendradas pelo PSF, principalmente no que tange às diferentes formas de vinculação construídas entre os pólos da assistência (comunidade/usuário e profissional/equipe).

### 3. Quando Dáviva é Saúde...

Na pesquisa de campo<sup>4</sup> realizada, destacou-se a recorrência de alguns temas, que se aproximam da problemática pertinente aos circuitos da dádiva moderna. Talvez o mais importante deles diga respeito ao modo como, na fala de usuários e profissionais, a questão do vínculo surgia repetidamente, revelando-se central à vivência desses atores no campo da assistência em saúde.

No caso específico dos usuários, o tema se fez presente através de diferentes falas e relatos, quase sempre relativos a experiências vividas em atendimentos de emergência, os quais são caracteristicamente marcados e organizados segundo o modelo biomédico hegemônico de intervenção. Nas oficinas que realizamos, procurávamos discutir: o que seria a “integralidade”, que experiências eles relacionariam com esse princípio e o que poderia ser feito para torná-lo efetivo. Tivemos a oportunidade de constatar que os usuários do SUS recordavam quase exclusivamente de situações em que a relação pessoa-a-pessoa com os profissionais responsáveis foi considerada negativa.

Em um desses casos, por exemplo, a irmã deficiente de uma das participantes da oficina foi levada de madrugada a uma emergência porque seu queixo tinha sido deslocado. O médico plantonista que as atendeu se mostrou visivelmente transtornado com o incômodo do atendimento inoportuno, a ponto de gritar de dentro de sua sala para que trouxessem logo o paciente porque senão ele não a atenderia. O médico “estava com tanta má vontade” que chegou a ser truculento. Quando os familiares chegaram em casa, perceberam que o dedo da paciente tinha sido quebrado com a intervenção.

Quando esse tema estava sendo discutido, uma mulher se lembrou de uma situação em que precisou levar o filho pequeno à emergência de um hospital, por causa de uma febre muito alta e persistente, que ela temia que provocasse uma convulsão. Eles precisaram esperar por um longo período, durante o qual a criança passou mal e vomitou. O médico chegou instantes depois. Enojado, não se aproximou da criança, dizendo para a enfermeira que a limpasse antes, para que ele a examinasse. Quando a enfermeira o fez, ele atendeu seu filho, mas ainda assim manteve-se distante, evitando tocá-lo e procurando ser rápido. Em seu relato, ela demonstrou visível irritação com a postura do profissional, avaliada por ela como descaso com a pessoa e o sofrimento de seu filho.

Esses exemplos nos mostram que, ao procurar analisar o tema da atenção integral, os usuários não o abordam pelo viés das condições estruturais do sistema de saúde, ou do acesso a certas tecnologias e medicamentos. Embora introduzam ocasionalmente esses assuntos, eles revelam com muito mais veemência uma

indignação imensa acerca da forma como se efetiva a relação entre quem oferece o serviço e quem dele necessita.

As considerações teóricas feitas por Goudbout (1999) sobre o modo como o Estado rompe o vínculo social e despersonaliza a relação de serviço, ao nela introduzir o estranho – com a figura do intermediário – fornecem-nos uma chave bastante oportuna para analisar esses e outros inúmeros exemplos. Afinal, como indica o autor:

“O serviço não é um produto [...] o Estado e o mercado se detêm no limiar onde o serviço é o vínculo [...]. Somente os objetos ou o dinheiro circulam realmente bem na rede mercantil e no aparelho estatal. Eis por que tudo tende a tomar essa forma, tudo tende a tornar-se objeto para poder circular” (Goudbout, 1999, p. 220).

É justamente contra isso que as pessoas acabam por rebelar-se: elas, sua família e seus amigos não são, nem nunca serão objetos, e a assistência a sua saúde não pode ser tratada como mais um produto. Isso nos faz supor que essa dimensão do trabalho e dos serviços sociais oferecidos pelo Estado só poderia se concretizar se alimentada pelo universo da dádiva. Isto porque apenas através dele uma relação pessoal pode tomar corpo; já que, ao circular, a dádiva enriquece e corporifica o vínculo. Em seu registro há sempre um algo mais que se afirma por meio da intenção e do gesto. Ao contrário do mercado, nela a primazia é dada à forma, à maneira de proceder; e não ao resultado, ao produto. Algo que, estando implícito e sendo exterior às formalizações voltadas apenas aos fins e não aos meios, torna o serviço a aceitação de uma relação pessoal.

De sujeitos insulares, autocentrados (nas fronteiras de uma clausura individualista) – ou melhor, de uma relação entre a insularidade do profissional (desenhada pelas linhas de poder do saber técnico) e a do usuário (por aquele lida como indício de uma posição objetivada) – tornam-se, pelo vínculo criado com os circuitos de dádiva, “personas morais”, sujeitos que se reconhecem no lugar simbólico em que transitam na alternância de suas posições (doador, donatário), secundárias e abstratas em função do circuito de doação estabelecido. O bem (procedimentos técnicos, intervenções etc.) que circula nessa rede não é alçado à condição de seu objetivo.

Daí que, nas relações fundadas na dádiva, o objeto não seja investido da insaciedade despertada pela mercadoria, tampouco de seu “estatuto imaginário de resolutório” das carências vividas (Nicolas, 2002). Ao contrário, ele apenas adquire valor e significado enquanto estratégia de constituição da relação, enquanto instrumento *do vínculo, da amizade, da solidariedade*. Nessa relação se inscreve a condição humana da existência desses sujeitos, já que nela suas identidades podem

produzir-se no confronto com outrem – esse outro marcado pela imprescindível alteridade, sem a qual não nenhum território existencial pode engendrar-se.

“Assim, na óptica de Lefort, a dádiva torna-se o ‘ato por excelência pelo qual o sujeito conquista sua subjetividade’ ou, ainda, ‘o ato pelo qual o homem se revela para o homem e pelo homem’. A dádiva é, assim, ‘ao mesmo tempo, o estabelecimento da diferença e a descoberta da similitude [...]’; a idéia de que a dádiva deve ser retribuída pressupõe que outrem é um outro eu que deve agir como eu; e este gesto em retorno deve confirmar-me a verdade de meu próprio gesto, ou seja, minha subjetividade’. Portanto, não damos para recebermos, mas para que o outro dê por sua vez; assim, os homens dão testemunho ‘uns aos outros de que eles não são coisas’” (Haesler, 2002, p. 153).

O objeto, no nosso caso, a intervenção, a assistência e as formas de sua contradáviva (oferecidas pelos usuários e que discutiremos adiante), tornam-se acessórios ao cuidado configurado. O cuidado só pode existir na medida em que supõe uma ação mútua, marcada não apenas pelo estabelecimento, mas pela manutenção da relação social, naquilo que Haesler, (2002) enuncia como a aceitação do compromisso que a institui. Não tem, portanto, a substância de uma ação dirigida a um outro desprovido de recursos de troca. O cuidado é o referente simbólico da relação de saúde, aquilo que, para Merhy (2004), equivale à função da fé nas crenças religiosas, ao que permite aos sujeitos o ingresso na dimensão de mútua referência simbólica em que as práticas, de signos, são feitas significados.

Nessa medida, o cuidado só é possível se há condições para a concretização de um diálogo. Porém a importância desse comunicar não reside propriamente na informação transmitida (presunção freqüente no uso feito do discurso pelos profissionais de saúde): “o diálogo funciona para evidenciar interesse, respeito, aceitação, definir diferenças, e não tanto para expressar idéias ou informações” (Nicolas, 2002, p. 54).

Em outros termos, o diálogo é a densidade material desse espaço de encontro, justamente quando está à disposição da relação, e não o contrário. Caillé (2002) destaca na linguagem a importância e a freqüência com que utilizamos *dons de solicitação*, por meio dos quais nos apresentamos e nos situamos socialmente, sem que seja transmitido propriamente nenhum conteúdo, nenhuma mensagem ou informação. Tais dons, que ele designa de “marcadores de originalidade lingüística: entonação, fluxo, formulações pré-fabricadas” etc., são claros exemplos da condicionalidade do vínculo de relação ao diálogo possível: “se o dom de solicitação é aceito, se, portanto, os protagonistas reconhecem entre si uma forma ou outra de paridade, então, pode abrir-se o campo da conversação propriamente dita” (Caillé, 2002, p. 101). Em outros termos, não há diálogo sem a aceitação recíproca da condição de sujeitos pelos pólos da relação, não há diálogo possível

entre um sujeito investido do poder de objetivar e outro objetivado pelos efeitos microfísicos desse exercício de poder (Foucault, 1988).

São esses laços necessários para que o serviço seja nutrido dos vínculos sociais que configuram os circuitos de dádiva que o *modus operandi* do Estado tende a esvaziar, ao procurar restringir a assistência à lógica do cálculo, ao subjugar-lá a parâmetros utilitaristas. Em função deles, busca-se a eficiência do sistema de saúde em sua racionalização, na padronização de metas e procedimentos. Surgem assim critérios externos à relação social da prestação de serviço, que a forçam a tornar-se mais um produto. Demonstração clara disto é o peso histórico-institucional que a remuneração por produtividade teve na organização do sistema de saúde: o médico deve atender “x” consultas por hora; o hospital recebe verbas segundo a produtividade de suas guias de internação; como conseqüência, o usuário é aquele sobre o qual se efetivam as ações de saúde. Isto ocorre a ponto de suas “reais” necessidades serem definidas por especialistas qualificados, mas distanciados da prestação do serviço, responsáveis pela formulação das políticas do campo.

Como vimos, esse processo não se dá sem resistências. E elas não provêm apenas dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. Aspecto que pode ser explicado pelo fato de que a constituição de um território existencial que possa ser manejado e exercido como referência de identidade depende da inscrição desses profissionais numa relação em que sua própria condição de sujeito se estabelece na diferenciação/similitude para com o outro – no caso, o usuário/comunidade. Nesse sentido, é particularmente enunciativo que as profissões de saúde sejam historicamente marcadas pelo signo da beneficência, pelo ideal da doação. Significados reafirmados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), verdadeiros profissionais de “fronteira” entre os diferentes saberes produzidos no/com os serviços: “Trabalhamos bem e, pra mim, trabalhar com a saúde é ajudar as pessoas” (ACS). São referências que só adquirem sentido se materializadas no vínculo de uma relação social, por meio da qual a intenção do cuidado pode concretizar-se.

Esse aspecto pode ser constatado em muitas falas, de diferentes profissionais do Programa de Saúde da Família, cujas características possibilitam a construção de outros vínculos no contato com os usuários. Ao focar-se na família, o programa organiza a assistência a partir das redes comunitárias locais, e não por meio da referência da doença do paciente que procura atendimento. Uma de suas estratégias foi a integração de agentes comunitários nas equipes de saúde. Eles são necessariamente pessoas da comunidade, responsáveis por fazer o “elo” entre o posto e as famílias atendidas, cadastrando-as e visitando-as regularmente.

Os efeitos advindos dessas transformações institucionais foram repetidamente relatados como decorrentes dos vínculos que se tornaram possíveis entre a equipe e a comunidade assistida. Através deles, o cuidado pode efetivar-se num contexto em que se dá, recebe e retribui, sem que se distingam claramente esses momentos, ainda que toda a satisfação do trabalho seja a eles reportada. Oferece-se assistência, mas se recebem gratidão e respeito. Retribui-se com cuidado e atenção, do mesmo modo como são oferecidos sorrisos e bolinhos com café. Nessas trocas, a dádiva se afirma, já que

“se se dão e retribuem as coisas, é porque se dão e retribuem ‘respeitos’ – dizemos ainda ‘gentilezas’. Mas é também porque o doador *se dá* ao dar, e ele *se dá*, é porque ele se ‘deve’ – ele e seu bem – aos outros” (Mauss, 1974, p. 129).

Com esse circuito, as redes informais são postas em evidência, requeridas e manejadas na assistência, tornando-se claro o fato de que nelas a dádiva não foi jamais paralisada. Vejamos algumas falas em que a presença do “espírito da dádiva” se revela marcante na assistência disponibilizada através do programa.

“Eu adoro, eu sempre falo para as meninas daqui, pelo dinheiro, não, pelo dinheiro é péssimo, mas a satisfação que dá, o amor que eu tenho pelo trabalho, também sinto que as meninas também têm, é muito gratificante, muito mesmo. Quando as pessoas falam ‘obrigado por ter vindo aqui’, a gente sabe que é uma obrigação nossa como agente, mas a gente faz com tanto amor, se preocupa, porque até então não tinha ninguém que se preocupasse com eles de ir até a casa deles, procurou saber ‘você tá precisando de alguma coisa?’ e também levar informação do módulo pra lá, ‘olha tem dentista, tem preventivo...’ então para eles isso é uma coisa muito boa. Eles retribuem com carinho, com respeito, e para a gente isso é muito gratificante” (ACS).

A relação construída nessas experiências permite que problemas históricos da organização da assistência sejam inadvertidamente superados. Nesse sentido, todos os profissionais perguntados sobre a efetividade da contra-referência no sistema informaram que ela só ocorre graças ao usuário. Quando encaminhado ao especialista do nível secundário, ele retorna freqüentemente ao profissional do PSF, informando como se deu a condução de seu tratamento. Os próprios profissionais explicaram esse fato como resultado do vínculo criado com a relação permanente e com o acompanhamento dos casos, aspectos que o especialista referenciado não consegue presentificar em seu trabalho. Mais do que relatar esses fatos, os profissionais do PSF se dizem realizados e “agradecidos”, na medida em que a relação percebida demonstra o reconhecimento de seu trabalho. Quando perguntamos quais casos se sentiam mais recompensados em atender, grande parte mencionou aqueles em que se percebe forte o vínculo – seja pela duração do acompanhamento, seja pelas características da relação.

“Médica – Não tem uma doença específica. Normalmente são aqueles pacientes que a gente tem a paciência de ouvir. Eles se apegam a nós demais.

Entrevistador – Você se apegou a eles?

Médica – Por incrível que pareça, a gente se apegou ao doente” (Médica PSF).

Os aspectos discutidos sobre a contra-referência não foram os únicos fatores modificados pelo recurso às redes informais comunitárias, como espaço e estratégia de organização do serviço. A própria transformação do modelo assistencial adquiriu movimento e intensidade com a potencialização das relações pessoa-a-pessoa que criam seu circuito. Dessa forma, o trabalho em equipe ganhou outros contornos e configurações, deixando o médico de ser o protagonista único da assistência prestada.

“Auxiliar de Enfermagem - Aquele médico faltou ou saiu do posto, aí a pessoa não vai com ninguém: ‘ah eu gostava daquele’.

Entrevistador – Você acha então que agora o paciente consegue ter um vínculo com todo mundo?

Aux. Enf. – Com todo mundo, mesmo que ele chegue, e não exponha o problema, mas ele já teve o contato com a gente, com o agente comunitário, já teve comigo, vai com a pessoa para falar com médico, vai com o enfermeiro, com toda a equipe e ele acaba confiando e está pegando a coisa e ele não fica bitolado só com o médico, só doutor, só doutor, só doutor...”

Nesse sentido, a partir dos vínculos estabelecidos, muitas vezes a equipe desenvolve uma noção de forte responsabilidade coletiva pelas famílias assistidas pelo programa:

“A gente cobra de nós mesmos, o que tem que melhorar, tais pessoas têm que ter mais atenção, ser visitadas mais vezes, às vezes têm problemas com a comunidade (...), então essas coisas sempre são trazidas para a reunião de equipe” (ACS).

Os efeitos de tudo isso acabam não se restringindo apenas aos atos realizados: uma nova concepção de saúde emerge em meio a essas práticas que, ao se pautarem em uma outra forma de aproximação da questão – que não aquela restrita à doença – tornam a saúde um campo de amplos e complexos sentidos. Sentidos permeados e concretizados através dos novos vínculos – em meio aos quais saúde pode tornar-se amizade, conversas, diversão, festa, encontro, caminhadas, contexto social etc. Observamos, por exemplo, que a festa de integração do serviço foi citada com consensualidade como uma prática de saúde integral:

“A nossa festa foi bem legal, todo mundo se integrou, foi uma ação bem integrada, todo mundo colaborou como podia. O efeito positivo da festa foi muito claro para o grupo: na festa você viu pessoas fechadas e reprimidas dançando, se liberando. Você viu uma melhora. Faz bem à pessoa se divertir” (Paciente).

Os profissionais relatam recorrentemente, por sua vez, que o próprio contato e a relação de confiança já produzem saúde.

“Tem pessoas que não são visitadas, mas se a gente dá uma orientação, ainda que seja uma vez só por mês, é um acompanhamento mais próximo e trazemos notícias, as pessoas vão se sentindo melhor, participando (...) e aí começamos a perceber que isso é saúde, isso [essas percepções e entendimentos] tem que ser trazido para o grupo” (Enfermeira).

Porém, muitas vezes as novas configurações do agir em saúde – construídas através dos vínculos iminentes aos circuitos de dádiva – esbarram e são despotencializadas pelos territórios instituídos da assistência: modos do fazer organizados e enrijecidos, que atualizam as relações de força e poder que determinaram historicamente o campo da saúde. Estratégias que estão presentes tanto na dimensão formal do serviço (organização dos espaços físicos, dos procedimentos, do processo de trabalho), como no recurso a determinadas tecnologias leves (Mehry, 2003), pertinentes aos processos relacionais (modos do dizer, do não dizer, gestos) que constituem o espaço de encontro (aqui tomado como ponto central da análise), sem o qual não há assistência.

A confrontação com esse aspecto, que nos remete à pesada inércia com que se atualizam as instituições, fez-nos perceber a existência de um conjunto de atividades marcadas por características escorregadias a tais forças de permanência. Características que as tornam particularmente estratégicas quando somos confrontados com o desafio de construção da integralidade. Por sua vez, a eficácia desse desafio depende em grande medida de nossa astúcia em perceber e potencializar os fazeres e movimentações cotidianas que escapam às clausuras do social e aos processos de contenção da vida no existente. Nesse sentido, essas atividades, que chamamos de saúde, abrem mais perspectivas de transformação das relações, a partir dos planos possíveis que os vínculos comunitários oferecem aos serviços de saúde. Ao designá-las como *atividades de saúde*, temos a intenção de expressar, por meio dessa ampla denominação, sua potencial abertura ao fazer.

#### **4. As Atividades de Saúde e a Abertura à Invenção de Novas Práticas e Sentidos**

Primeiramente, é necessário fazer alguns esclarecimentos acerca do que conceituamos como atividades de saúde, uma vez que os amplos contornos de ambas as palavras permitiriam abarcar quaisquer ações concretizadas no âmbito da assistência. Em oposição a um entendimento tão pouco circunscrito, convém esclarecer que, quando falamos em atividades de saúde, as compreendemos como

“ações voltadas para a melhoria na qualidade de vida que não demandam intervenção externa [intervenção medicamentosa], e possibilitam transformações no comportamento individual e coletivo” (Pinheiro e Machado, 2002, s/p).

A partir dessa definição, as atividades de saúde mencionadas pelos sujeitos foram: grupos proporcionados pelo PSF (diabetes, hipertensão, gestantes, entre outros); atividades físicas (caminhadas, ginástica, exercícios); hábitos alimentares; atividades relacionadas ao lazer (dançar, relaxar, viajar); interações sociais (conversar); atividades de trabalho; e atividades consideradas alternativas (como *tai-chi-chuan*, ioga, meditação e psicoterapia).

Em relação a esse conjunto – e apesar de toda diversidade – o que nele ganha destaque é o fato de as ações mencionadas não terem sido institucionalizadas (não dispõem de procedimentos-padrão, normas, protocolos e avaliações), sendo, desse modo, determinadas pela especificidade das relações que as compõem e dos contextos em que ocorrem. Aliás, a própria disponibilidade de grande parte delas (por exemplo, das chamadas práticas alternativas) depende de uma conjuntura local específica, ou mesmo de critérios e condições pessoais dos envolvidos, não podendo ser diretamente explicada pela organização institucional do SUS. Mesmo os grupos vinculados a programas verticais revelam grande autonomia no modo como se concretizam, tendo sua forma e realização decisivamente condicionadas pelos sujeitos que os compõem. Em outras palavras, embora haja grupos de hipertensão em todos os PSF estudados, cada um desenvolve uma dinâmica própria, um conjunto de relações e ações que lhe são peculiares. Podemos observar, inclusive, que as instituições do poder-saber técnico que incidem na organização das ações de saúde – e desse modo tornam hegemônico determinado modelo assistencial – não ocupam *necessariamente* o mesmo lugar quanto a essas atividades.

Em razão dessas especificidades, propomo-nos a analisá-las como *dispositivos abertos*, uma vez que configuradas na imanência dos encontros que as atravessam e conformam. Isto não equivale a supô-las imunes às instituições presentes no campo da saúde. Ao contrário, cabe sinalizar os movimentos de institucionalização que nelas ganham forma, bem como as faíscas de escape e de abertura à produção do novo incessantemente colocadas.

Poderíamos tomar como ponto de partida a percepção de que as atividades de saúde mencionadas não se organizam, em princípio, em torno da noção de doença. Em outras palavras, as concepções e representações a elas relacionadas não se mostram configuradas *a partir* dessa categoria central ao discurso-saber biomédico. Quando falam em caminhar, conversar, viajar, trabalhar ou mesmo quando se reportam aos grupos realizados no PSF (a maioria estruturada em

referência à patologia dos usuários: grupos de diabetes, hipertensão etc.), os sujeitos da pesquisa não demonstram focar exclusivamente as atividades de saúde na referência da doença (ainda que em sua possibilidade, como ações de prevenção). Ao contrário, elas foram majoritariamente associadas a atividades prazerosas, nas quais a noção cotidiana de bem-estar prevalece e lhes confere sentido, mesmo quando a referência nosográfica está presente.

“Eu faço unha, eu corto o cabelo dos meus filhos, faço coisas que eu gosto de fazer e vou fazendo, aí eu sinto que eu estou bem” (Paciente do PSF - sobre as atividades que a fazem sentir-se com saúde).

“Você se sente mais leve, você se sente assim, você dorme melhor, você equilibra sua alimentação melhor. Porque você tem aqui as sessões de conversar, relaxar, de fazer os exercícios, relaxa os músculos, inclusive pra mim a diabete melhorou, estou ótima” (Auxiliar de Enfermagem do PSF - sobre a prática da ioga).

Na medida em que se inserem como elemento de seu dia-a-dia e não como uma exterioridade eventual (como a ligação com a assistência através da condição da doença), essas práticas demonstraram ser permeáveis às experiências dos sujeitos, requisitando-as e incorporando-as em sua dinâmica e organização.

O fato de as atividades de saúde demandarem recurso à experiência dos usuários é ponto-chave em sua compreensão como dispositivo aberto na construção da assistência. Tal aspecto é explicitamente corroborado na avaliação positiva dos grupos de saúde feita por diferentes profissionais, bem como por usuários, com base na justificativa de que eles permitem a troca de experiências entre seus participantes.

“o pouco feito já mostrou que conseguimos dar para o doente, para os que participam desses grupos, uma visão bem diferente e conseguimos que haja troca de experiências de cada um, as informações, esse compartilhar” (Médico do PSF).

Ao remetermos a avaliação acima à questão da integralidade, podemos observar que a mesma retoma nossa discussão inicial sobre um espaço-tempo de encontro baseado na relação sujeito-sujeito, e construído no ato de vincular-se ao outro. Afinal, a percepção de sua positividade deveu-se justamente à possibilidade de concretização dessa outra relação de saúde, em que a troca se torna possível e o lugar do outro do saber técnico-científico é permeado e constituído pela experiência e pelos saberes do usuário. Esses aspectos já se destacavam nas atividades de saúde vinculadas à tradição e à cultura popular, que têm na autonomia do cuidado um elemento central, em contraposição à dependência característica na relação objetivada e hierarquizada do modelo de intervenção biomédico.

“Cuidava de mim mesmo, fazia meus remédios, os outros falavam assim: a senhora toma chá disso... de mato? Eu pegava o remédio, chá caseiro! Fazia o chá e

tomava, quer dizer, eu tava cuidando de mim mesma, não precisava de ninguém me cuidar” (Paciente do PSF - sobre o recurso às plantas medicinais).

Em alguns contextos, a relação entre sujeitos, evidenciada a respeito dos grupos de saúde, permitiu, no contato com os espaços e serviços institucionais, o exercício de formas de autonomia do cuidado que, ao invés de simplesmente confrontar-se numa relação de poder frente ao saber técnico, acabaram por somar-se a ele, expandindo as virtualidades da assistência prestada. É o que nos foi relatado, por exemplo, a respeito de certas atividades feitas nos programas do PSF que contam com o suporte de redes de solidariedade comunitárias:

“É, uma solidariedade armada com técnicas de conhecimento que você tem, e até com alguns apoios que você tem dentro da própria comunidade, a gente já tem hoje uma rede de apoios para famílias de risco que a própria comunidade já cria. Então você orienta aquela família a procurar determinadas redes de apoios que podem ajudá-la” (Médico do PSF).

Algumas práticas inicialmente propostas pelo serviço, como o bingo e o brechó, acabaram sendo assumidas pela comunidade, o que configurou um movimento autogestivo e expansivo, em que a vivência, os desejos e as histórias singulares acabam por impor-se à normatização institucional, de forma que o espaço da assistência pode tornar-se espaço comum de produção de saúde.

“Uma outra atividade que acabou tomando conta do PSF e o povo daqui gosta muito foi bingo. E como é que começou essa história de bingo? Para arrecadar fundos para alguma atividade, só que ao invés de ser para arrecadar fundos, a população quer o bingo. As pessoas estão começando elas próprias a fazerem prendas, seu frango, seu bolo [...]. Assim, acabam elas próprias organizando aquele bingo e se divertindo” (Coordenação do PSF).

Nas descrições e relatos obtidos sobre as atividades de saúde, o que mais chama a atenção é sua porosidade às afecções, dimensão que se convencionou excluir da intervenção-relação profissional, hegemonicamente fundada no exercício de um saber técnico que tem na imparcialidade e na neutralidade científicas instrumentos eficazes e indispensáveis à sua consecução. No relato dos encontros propiciados por essas atividades, a fala dos entrevistados se volta para uma série de afetos e implicações, que se tornam protagonistas da relação e acabam por significá-la e recriá-la.

Sobre a associação de idosos e hipertensos e diabéticos:

“(...) eles fazem uma caminhada toda semana, saem do posto aqui, verificam a pressão, depois eles vão lá, fazem exercício, aquecimento, alongamento, brincam de bola, falam versos, brincam de roda, eles voltam à infância; você vê aquela alegria estampada no rosto de cada um, e isso é muito satisfatório” (Auxiliar de Enfermagem do PSF).”

No que há de indeterminado nessas experiências, a criação pode afirmar-se como dimensão imprescindível da prática, exigindo outras conformações nos encontros entre os diferentes saberes e lugares implicados. Coloca-se, com isso, a necessidade de construção de novas relações entre os profissionais, e entre eles e a comunidade-usuário, instigando o engendramento de outras regras, condições e possibilidades para o diálogo, o tecido dessas redes de conversações (Teixeira, 2003), que são os serviços.

As ações dos agentes comunitários adquirem relevo privilegiado no tocante às atividades de saúde, uma vez que a atuação desse profissional não dispõe do recurso à legitimidade de um saber hierárquico – instituição cuja atualização tende sempre a esboçar-se no plano do serviço, principalmente no momento concreto de encontro entre o profissional e “seu outro”, o usuário. Esse fator o torna estratégico na construção de relações diversas daquelas do modelo hegemônico de assistência, o qual justamente o PSF se propõe a transformar. Sua proximidade, a “fala comum”, a ressonância das vivências compartilhadas (inclusive por sua condição de classe), a disponibilidade para conversar, acompanhar e conhecer o cotidiano das famílias, todos esses elementos de seu trabalho fazem com que o agente comunitário, talvez mais do que outros profissionais do programa, seja um interlocutor potencial das experiências e saberes do usuário-comunidade. Um lugar-implicação ainda marcado pelo indeterminado, já que sua atuação permanece pouco institucionalizada, sendo atravessada pelos encontros com os demais saberes e sujeitos, e constituída nesse atravessamento. Espaço aberto onde as atividades de saúde se revelam instrumento propício à repercussão e concretização de seus efeitos, campo de produção do diverso.

“Tem posto em que os agentes promovem, todo final de mês, o baile da alegria, com o grupo de hipertensos e diabéticos, o baile do forró” (Médico do PSF).

“A área de lazer seria uma boa para gente, a gente poderia desenvolver alguma coisa, um jogo de futebol, um time de vôlei... então a gente tá pensando no que pode fazer, o que vai atraí-los, fazer com que eles se sintam importantes, que tenham uma vida para frente, essas coisas todas” (ACS - sobre a aproximação com os adolescentes da comunidade).

Essas considerações não sugerem que tomemos as atividades de saúde como instrumento em si mesmo eficaz, espécie de garantia de transformação do modelo assistencial. Também elas são permeadas e forjadas no confronto de forças múltiplas, muitas delas forças de repetição e atualização do instituído. A experiência dos PSF pesquisados mostra-nos vários indícios disto. A própria atuação dos agentes comunitários tendeu, em alguns contextos, a buscar respaldo e validade através da incorporação do discurso científico, numa tentativa de afirmação de um lugar profissional, em contraposição ao lugar considerado de “não-saber” do usuário. Fronteira tênue, à qual se percebem muitas vezes expostos, em virtude

de sua proveniência e qualificação. Trata-se de uma resposta à angústia gerada pelo caráter indeterminado de sua atividade, lugar ainda aberto à construção, e muitas vezes não reconhecido pelos demais profissionais, nem pelos usuários. Mal-estar resolvido, nesses casos, pelo recurso às instituições tradicionais, que cercam e erigem o lugar de profissional de saúde.

Além disso, há o risco de que a eficácia das atividades de saúde (como no caso dos grupos) tenha como critério a absorção desse outro-sujeito-usuário pelo discurso médico. Nessa situação, a potencialidade dos encontros é asfixiada pela incapacidade de escuta e consideração dos saberes e experiências por eles trazidos, o que acaba por convertê-los numa consulta médica ampliada, na medida em que a diversidade do grupo é subsumida pelo jogo de poder inerente ao exercício desse discurso. Relação que só se concretiza com a exclusão desse outro-usuário da condição de autor desse processo coletivo.

## 5. Considerações Finais

Voltando ao campo da saúde, através do olhar da dádiva, em especial pelas possibilidades colocadas com a invenção de novas atividades de saúde nos serviços, procuramos apontar e discutir o fato de que os vínculos engendrados nessas relações podem transformar a assistência oferecida pelo Estado. Se o Estado moderno introduziu uma ruptura entre sua prestação e os circuitos da dádiva, esta não conseguiu jamais fazer-se absoluta e intransponível. Os exemplos citados indicam-nos que ainda é possível que as redes sociais – que nunca deixaram de existir – invadam o *logos* das estruturas estatais, tornando-as, de fato, espaços de construção de outra referência pública, capaz de difundir e vitalizar diversas formas de solidariedade e trocas pessoais, sem que o burocratismo do intermediário despersonalizado e estranho esvazie o sentido de vínculo dessas relações.

Escapando da mercantilização e objetivação da vida, talvez tenhamos “sucesso prático” na construção de um Sistema de Saúde (porque, acima de tudo, trata-se de uma construção coletiva) pautado pela integralidade. Um sistema que seja espaço de cuidado, de encontros desejanter e de produção de redes e novos saberes, não enrijecidos pela frieza que desconsidera o humano no cálculo utilitário, e que, com isso, anula os participantes de sua relação, principalmente o usuário/comunidade. Quem sabe assim as expectativas de Mauss não se concretizem, e o Estado se torne instrumento de solidariedade?

“Que se adote, pois, como princípio de nossa vida, aquilo que sempre foi um princípio e o será sempre: sair de si, dar, livre e obrigatoriamente; não há risco de se enganar” (Mauss, 1974, p. 170).

## Notas

- <sup>1</sup> Psicóloga; mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, pesquisadora do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>2</sup> Sanitarista; professora visitante adjunta do IMS/UERJ; coordenadora do LAPPIS; pesquisadora responsável pelo projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>3</sup> Tendo por base as produções de Marcel Mauss, esse movimento se propõe a questionar a hegemonia do modelo do *homo economicus* nas Ciências Sociais. A discussão fornece elementos decisivos para pensarmos a concretização do espaço de encontro na atenção à saúde, seus atravessamentos na organização de um sistema público, bem como os desafios que são assim colocados.
- <sup>4</sup> A pesquisa de campo aqui referida tem sua trajetória teórica e metodológica mapeada nesta coletânea, no artigo de Pinheiro e Guizardi (2004), “Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano”.

## Referências

- AYRES, R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei*. Brasília: MS, 1993.
- CAILLÉ, A. A dívida das palavras. In: MARTINS, P. H. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 99-136.
- CAILLÉ, A.; GRAEBER, D. Introdução. In: MARTINS, P. H. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-32.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995. p. 79-98.
- \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- GODBOUT, J. T. *O espírito da dívida*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- HAESLER, A. A demonstração pela dívida: abordagens filosóficas e sociológicas. In: MARTINS, P. H. (Org.). *A Dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 137-160.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- MARTINS, P.H. Prefácio. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 7-16.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentido da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU, 1974.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS Brasil*. Brasília: MS, 2003.

\_\_\_\_\_. *O processo de trabalho na saúde*. Notas da conferência. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 27 abr. 2004.

NICOLAS, G. O dom ritual, face velada da modernidade. In: MARTINS, P. H. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 33-62.

PINHEIRO, R. *Projeto Integralidade: saberes e praticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. Mimeo.

PINHEIRO, 2001. 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.(Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MACHADO, F. Cuidado e atenção: construindo as categorias analíticas sobre integralidade. Resultados preliminares da pesquisa “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano nas instituições de saúde – 1ª fase. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Mimeo.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

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

# As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde

FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO<sup>1</sup>  
ROSENI PINHEIRO<sup>2</sup>  
FRANCINI LUBE GUIZARDI<sup>3</sup>

## 1. Introdução

A produção do cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado. Esse desafio remete a uma crescente demanda da população, relacionada, em parte, à atual falta de perspectivas e esperanças sofrida pelo homem, vinculada à perda de referenciais de valores fundamentais à vida (Luz, 2003).

Esse crescimento é um dos efeitos das dinâmicas transformações socioeconômicas que, em curto período histórico, reorganizaram profundamente a sociedade, acentuando suas contradições. Isto pode ser observado à medida que constatamos, por exemplo, a proliferação e a abundância de mercadorias características de nossa época e a crescente exclusão social de enormes parcelas da população – da mesma forma que a paz se tornou um discurso hegemônico em meio a guerras cada vez mais brutais, servindo até mesmo de justificativa para elas. O processo de dúvidas e incertezas se acirra em sociedades em que a acentuação das desigualdades sociais gera:

“(…) problemas graves de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção, tais como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam a novas epidemias como a aids” (Luz, 2003, p. 15).

Exemplo de como essas mudanças interferem na vivência e, conseqüentemente, na saúde das pessoas, seria o desemprego, situação socioeconômica cujas dificuldades geradas fazem com que muitos sujeitos, quando confrontados à doença, sintam que “o mundo desaba”. Muitas vezes não se encontra abrigo<sup>4</sup>

nos locais aos quais estão habituadas a recorrer – família e amigos – e acabam se dirigindo aos serviços públicos de saúde, com queixas relacionadas à angústia, infelicidade e solidão. Contudo, esses serviços não estão preparados para atender a essa nova “epidemia”<sup>5</sup> da sociedade moderna, o que gera nos sujeitos decepção e insatisfação. Como afirmam Lacerda e Valla (2003, p. 177):

“O itinerário dos pacientes que buscam acabar ou pelo menos aliviar o sofrimento é marcado por várias idas aos serviços públicos de saúde, consultas com especialistas e realização de exames complementares, visando a diagnosticar uma entidade patológica que justifique os sintomas inespecíficos. (...) na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a esses pacientes, além de medicá-los com sintomáticos, principalmente os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais”.

O desamparo difuso (Birman, 1999) na sociedade gera uma demanda por cuidado que não se relaciona exclusivamente aos cuidados médicos tradicionais. Em grande parte, isto ocorre porque a racionalidade moderna impingiu à medicina um processo drástico de superespecialização, na qual o médico se atém a determinadas partes do organismo humano. Não se consideraram diversos outros fatores que interferem em sua vida, o que implicou cisão entre a medicina e seu objeto principal de estudo: o ser humano.

“(…) o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea se afastou do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção. Também, na medida em que esse sujeito humano sofredor deixou de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica)” (Luz, 2003, p. 47-48).

Partimos da compreensão de que outras formas de tratamento que não sejam exclusivas da biomedicina apresentam potencial emancipador e transformador das tradicionais relações sociais existentes no cotidiano dos serviços de saúde. Neste sentido, é objeto deste trabalho analisar a inserção de terapêuticas ditas “alternativas”<sup>6</sup> nos serviços e como elas interferem na vida cotidiana das pessoas, ou, utilizando Gramsci, como interferem em suas “concepções de mundo”.

A “concepção de mundo” hegemônica existente na organização social contemporânea produz tanto a sensação de “desamparo”, quanto nos permite compreender a dificuldade dos serviços em responder a essas demandas. Em função dela, valores como o individualismo atingem tamanha dimensão na regência mesmo da vida cotidiana a ponto de imaginarmos que esta é possível em isolamento total.

Na *Introdução à crítica da economia política*, Marx (1999) afirma que o homem “só pode isolar-se em sociedade”. Segundo Pinheiro e Luz (2003, p. 13), “atualmente nos deparamos com uma figura de sujeito hipertrofiado pela valorização do individualismo e suas manifestações na cultura contemporânea”.

A ideologia que sustenta nossa sociedade dissimula suas relações de poder e, por conseguinte, sugere que cada indivíduo é independente das relações sociais nas quais se insere. Contraditoriamente, “a época que produz esse ponto de vista, o do indivíduo isolado, é precisamente aquela na qual as relações sociais (...) alcançaram o mais alto grau de desenvolvimento” (Marx, 1999, p. 26).

A ideologia do indivíduo isolado restringe as possibilidades de emancipação. Mas será que, mesmo com tantas informações acessíveis e disponíveis nas sociedades democráticas liberais, as pessoas não seriam capazes de pensar por si próprias e formularem novas idéias que não as hegemônicas?

Se todo ser humano é dotado de uma capacidade mental/intelectual de produzir sua própria “concepção de mundo” (o que o torna um “filósofo”, conforme a acepção gramsciana), é possível imaginar duas possibilidades de ação: a aceitação desses referenciais de normalização da vida cotidiana, ou a elaboração de concepções críticas, marcadas por posturas que não a aceitação passiva e servil (Gramsci, 1978).

A viabilidade de emancipação existe justamente nas fissuras criadas pelas contradições do capitalismo. À medida que as pessoas refletem sobre sua realidade, produzem novas idéias e opiniões que podem vir a se tornar movimentos contra-hegemônicos. Isso não aconteceria necessariamente no interior de grandes movimentos, mas também dentro de pequenos grupos. Segundo Gramsci (1978, p. 21), a “compreensão crítica de si mesmo é obtida através de uma luta de ‘hegemonias’ políticas, de direções contrastantes”, o que levaria a um senso de separação, de distinção das necessidades do grupo (ou de cada indivíduo) do restante da coletividade. A partir do momento em que a pessoa se diferencia do “todo” (uma vez que ideologicamente todos de uma mesma classe social têm mesmas necessidades sociais) e elabora uma concepção diferente de suas necessidades, ela já está criando resistência às concepções ideológicas hegemônicas, com possibilidades de formulação de movimentos contra-hegemônicos.

A hipótese deste artigo é que, ao permitir a construção de um espaço de encontro nos serviços, onde haja embate de idéias e de “concepções de mundo”, engendram-se possibilidades de surgimento de novos saberes e práticas de saúde que respondam à demanda existente por cuidado. Isso, contudo, depende da porosidade desses espaços aos “modos de andar a vida”<sup>7</sup> dos sujeitos neles implicados de forma que se possam constituir como espaços de emancipação, de construção de movimentos contra-hegemônicos. Neste sentido, analisar as experiências de inserção de outras práticas e terapêuticas alternativas pode nos auxiliar na compreensão das novas formas de cuidado integral nos espaços

públicos, a partir das perspectivas de transformação do modelo hegemônico que estrutura as instituições de saúde.

## 2. Perspectivas Atuais de Transformação

Observa-se hoje o sucesso de sistemas terapêuticos regidos por paradigmas distintos do da medicina científica. A busca de outra racionalidade em saúde por distintos grupos sociais que anseiam por cuidado tornou-se uma constante. Segundo Luz (2003, p. 52):

“(…) tal evento pode ser evidenciado pelos seguintes indícios, entre outros: grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturísticos tradicionais ou recentes; reaparecimento, em feiras populares urbanas, do erveiro (vendedor de plantas medicinais), como agente de cura, e aparecimento, no noticiário da grande imprensa escrita e televisiva, de reportagens freqüentes sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não-convencionais, denotando aumento da procura delas por número significativo de pessoas”.

A autora aponta para algumas razões da busca recente por terapêuticas alternativas. A primeira diz respeito à reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico, e não mais a doença. Outra está relacionada à *re-situação* da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica. Uma terceira razão é a possibilidade de menor utilização de meios tecnológicos, tornando o tratamento menos caro, sem, contudo, diminuir a eficácia curativa nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população. Neste caso, grande parte da eficácia e resolutividade nas terapêuticas alternativas resulta da satisfação que os pacientes encontram no seu tratamento (Luz, 2003).

Tais terapêuticas têm-se destacado ao incitar mudanças em hábitos de vida e estimular a participação ativa da pessoa frente a sua doença. Um dos principais fatores de transformação dessas medicinas é a inversão do paradigma de doença para o de saúde, segundo o qual não convém apenas acabar com a doença, mas principalmente manter, ou buscar, saúde. Como afirma Martins (2003, p. 271):

“[nas terapêuticas alternativas] a doença não é tratada à parte, como acontece com a medicina alopática. (...) a doença é vista como um sintoma da vida social do doente, o que implica considerações complexas entre a natureza e a sociedade, entre os modos como se relacionam instituições como família, trabalho, lazer, religião, meio ambiente, dentre outras”.

Em algumas dessas medicinas, trata-se de obter um equilíbrio entre corpo, mente e espírito. Isto causaria menor dependência dos médicos e remédios, e tornaria a pessoa autônoma na busca pelo seu cuidado. Pinheiro e Luz (2003, p. 26) demonstram a distinção entre racionalidades médicas – a biomedicina e as terapêuticas alternativas:

“A existência de sistemas alternativos no conjunto de práticas proposto por novos modelos acaba por introduzir outras racionalidades em saúde. Enquanto a racionalidade médica contemporânea, que possui uma visão analítico-mecanicista baseada na causalidade da doença, propõe uma *medicina das doenças*, os sistemas alternativos se caracterizam pela busca do *equilíbrio em saúde* e para a cura do indivíduo” (grifos no original).

A homeopatia, por exemplo, é uma das principais medicinas na busca pela autonomia no cuidado. A despeito de sua longa história de luta social, foi somente oficializada na rede do INAMPS em 1985, sendo a primeira terapêutica alternativa a conseguir tal reconhecimento. Na década de 90, com os movimentos da sociedade civil, foi possível integrar à agenda do governo uma discussão sobre a inserção efetiva de outras terapêuticas no serviço público de saúde, agora chamadas pelo Ministério da Saúde de Medicinas Naturais e Práticas Complementares (MNPC).

Algumas dessas terapêuticas e outras *práticas* estão sendo incorporadas aos serviços de saúde a partir de reivindicações da população. Exemplos significativos têm sido apresentados dentro do Programa de Saúde da Família (PSF), e outros a partir de iniciativas municipais, como especialidades, no caso dos Serviços de Homeopatia.

Tais experiências vêm sendo muito procuradas nos municípios em que foram implantadas. Segundo Martins (2003, p. 264), as terapêuticas alternativas “devem ser vistas como uma reação da sociedade contra o utilitarismo tecnicista e mercantilista na medicina”, entendidas como uma proposta contra-hegemônica de emancipação.

Novas concepções no campo da saúde podem ser consideradas formas de resistência<sup>8</sup> ao pensamento hegemônico ditado pela biomedicina, ainda que nem sempre sejam sistematizadas. Afirmar Gramsci (1978, p. 20 – grifos no original): “O homem ativo de massa *atua* praticamente, mas não tem uma clara consciência teórica desta sua ação, que, não obstante, é um conhecimento do mundo na medida em que *o transforma*”.

O próprio texto constitucional estimula esse potencial transformador, ao afirmar que os serviços de saúde devem “compreender em sua totalidade os indivíduos/coletividades em suas singularidades”. Como, entretanto, isto seria possível? Para responder a essa questão, serão consideradas experiências de serviços que oferecem novas formas de cuidado com uma visão “ampliada” (integral?) dos indivíduos, considerando suas diferentes “concepções de mundo”. Como afirmam Pinheiro e Luz (2001, p. 19), deve-se privilegiar a participação e a prática de atores sociais no cotidiano dos serviços de saúde, partindo do “pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o

espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva”.

Neste sentido, serão expostas *três iniciativas* em diferentes experiências<sup>9</sup> de organização de sistemas municipais de saúde: 1) associação de práticas baseadas em saberes populares com o tratamento médico tradicional; 2) criação conjunta entre comunidades e serviços de novas formas de cuidado baseadas numa “concepção ampliada de saúde”; e 3) ampliação do acesso à saúde através de outras terapêuticas distintas da biomedicina, as *terapêuticas alternativas*. Cabe destacar que:

“a opção de apresentar as medicinas não-convencionais (...) voltadas para a integralidade parte do pressuposto de que as racionalidades médicas alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não as suas opositoras”  
(Pinheiro e Luz, 2001, p. 30).

No cenário brasileiro atual, outras terapêuticas têm sido bem aceitas nos serviços de saúde. Algumas estão entranhadas culturalmente, sob a forma de “saber popular”<sup>10</sup> (que não devem ser considerados como racionalidades médicas), como é o caso dos *chás*, que estão profundamente difundidos no imaginário social brasileiro. Devemos então nos questionar em que medida os serviços de saúde estão dispostos a conviver com novas formas de cuidado, que se apresentam por meio de outras experiências e concepções de saúde e de mundo. Martins (2003, p. 256) afirma que “o problema maior continua sendo a resistência corporativista da medicina alopática tradicional de aceitar se submeter a um novo regime institucional plural e aberto à diversidade de *sistemas médicos de cura*”.

### **3. Associação de Práticas Baseadas em Saberes Populares com o Tratamento Médico Tradicional**

A prática de tomar chás<sup>11</sup> como recurso terapêutico está sendo levada pelos pacientes para dentro do PSF. Esta tem sido uma prática comum às experiências nas diferentes localidades pesquisadas<sup>12</sup>. Em muitos casos, é utilizada como uma tentativa inicial de cura, termo que as pessoas costumam associar ao cuidado.

“Eu tomo chá caseiro, dou a minha filha”.

“Quando estou muito gripada tomo chá, gosto muito de chá”.

“A gente faz chá, antes de ir ao médico a gente faz um chá caseiro, se melhorar com um chazinho não precisa ocupar o médico. Por exemplo, está uma criança com febre, primeiramente o que a gente tem que fazer é dar um remedinho, fazer um chazinho pra eliminar aquela febre, se não eliminar, aí a gente procura o médico”.

“Eu corro num chá em casa, se não eliminar aí que eu parto para um médico”.

Não houve relato sistemático de nenhum profissional do PSF sobre o aconselhamento da utilização dos chás. Alguns profissionais disseram não se importar com essa prática, contanto que os pacientes mantenham o tratamento proposto; em outras falas, notou-se também que a não-indicação se dá pelo desconhecimento do recurso terapêutico dos chás.

“Eu acho assim, os hipertensos sempre tomam um chazinho, aconselho a continuar tomando junto com um remedinho porque muito hipertenso diz ‘ah parei de tomar o remédio e agora eu só tomo chá de não sei o quê’, chá de berinjela, chá de alpiste, e aí continua porque é uma coisa que eles acreditam e então eu não posso bater de frente e, além do mais, é líquido que ele está ingerindo, então acho que a gente tem que saber usar as duas coisas”.

“Com certeza [acha possível uma convivência com outras terapêuticas], só que eu não tenho formação nenhuma pra isso, sou um zero à esquerda nisso (...). Conheço muito pouco pra indicar, tenho aprendido as coisas realmente caseiras daqui em relação ao que a gente vê e até já usou, quando estava doente e viu que tem um certo efeito bom, agora, realmente, prática eu não tenho nenhuma”.

Em certa medida, percebemos a prática de utilização dos chás como um autocuidado<sup>13</sup>, uma vez que não advém de um representante do saber técnico-científico. Em relatos de pacientes, é possível perceber essa noção, diretamente atrelada à perspectiva de maior autonomia no processo saúde-doença.

“Cuidava de mim mesmo, fazia meus remédios, os outros falavam assim: a senhora toma chá disso... de mato? Eu ia e pegava o remédio, chá caseiro, fazia o chá e tomava, quer dizer, eu tava cuidando de mim mesma, não precisava de ninguém me cuidar (...). Uma vizinha em frente a minha casa, eu sou muito ligada a ela, eu chegava lá e falava: hoje estou com uma tosse e com uma gripe, aí ela falava pra mim, você tomou isso assim e assim, aí eu ia procurando o remédio, fazia e tomava. Mas dizer que eu fiquei de cama, graças a Deus, nunca fiquei de cama pra ninguém cuidar de mim”.

Por outro lado, há também a expectativa do paciente, quando se dirige ao consultório buscando um “cuidado científico”, baseado em exames complementares e medicamentos. Esse aspecto nos remete à hegemonia da cultura medicalizante, que gera demandas que tendem a perpetuar a organização tradicional dos serviços de saúde.

“(...) eu já trabalhei com uma médica que trabalha com medicina caseira (...) Mas não gostam [a comunidade], não, a maioria reclamava dizendo que tratamento com chá não dá certo, não, eu quero é remédio”.

Todavia, a persistência e a constante atualização dessa cultura e das demandas por ela geradas convivem com iniciativas expressivas da população para que outras práticas sejam aceitas. Certos grupos de usuários organizados nos locais pesquisados (hipertensos e diabéticos, por exemplo) criaram atividades e reivindicaram terapêuticas voltadas para a saúde, com o intuito de suprir um cuidado que os serviços não ofertavam. Embora esses grupos sejam formados

ou incentivados pelo próprio serviço de saúde, podem indicar uma superação da organização tradicional dos mesmos, uma vez que a criação de grupos de saúde potencializa o exercício da cidadania.

#### **4. Criação Conjunta entre Comunidades e Serviços de Novas Formas de Cuidado Baseadas em uma “Concepção Ampliada de Saúde”**

As práticas propostas por esses grupos, as quais denominamos atividades de saúde, são exemplos do exercício de cidadania. Essa categoria foi definida como “ações voltadas para melhoria na qualidade de vida que não demandam intervenção externa e possibilitam transformações no comportamento individual e coletivo”<sup>14</sup>.

A menção de tais atividades aparece principalmente nos relatos dos usuários. A descoberta das *atividades de saúde* permitiu-lhe redefinir os rumos de seu cuidado e tratamento, decidir por intervenções medicamentosas amenizadas, ou até mesmo totalmente substituídas por práticas e ações que trazem bem-estar físico e mental.

Diversas práticas vêm sendo desenvolvidas dentro do PSF, a fim de atender às novas demandas por cuidado. Elas têm grande potencial emancipador, por aglutinarem pessoas que de outra forma não estariam em contato. Mas, ainda que elas não gerem transformações coletivas, ao menos mudanças individuais são notadas, pois as atividades de saúde dependem do relacionamento entre seus participantes. A importância dessas atividades reside numa questão essencial à vida das pessoas: a felicidade como projeto de vida. Na fala seguinte, um profissional menciona sua experiência local, que está relacionada a uma retomada da auto-estima dos idosos.

“A gente já fez aqui um evento da parte de idosos, que foi no Dia Nacional do Idoso, um baile com homenagens aos idosos (...). Esse ano a gente está programando em setembro uma atividade maior, englobando tanto o idoso, quanto a criança e o adolescente”.

Na fala seguinte, de um usuário de Cantagalo que acabara de assumir a presidência da Associação de Diabéticos e Hipertensos, percebe-se uma demanda muito específica por atividades que estão ligadas ao lazer. Ele menciona um passeio para uma localidade onde puderam pescar e cozinhar, ressaltando que agora estaria tentando ampliar essa experiência: “o que eu vou tentar falar é sobre incentivo aos idosos, arrumar uns passeios para os idosos, porque isso faz parte [da saúde]”.

Cabe destacar o caráter contra-hegemônico dessas atividades e reivindicações, pois que ligação poderia haver entre um passeio e o sistema

público de saúde? Isto só é possível a partir do momento em que usuário e serviço<sup>15</sup> ampliam suas visões sobre saúde e passam a considerar outras formas de busca pelo cuidado que não as preconizadas pela biomedicina (que estariam ligadas a, no mínimo, prevenção de doenças). Os relatos abaixo exemplificam essa nova dimensão da saúde.

“Tem posto em que os agentes promovem, todo final de mês, o baile da alegria, com o grupo de hipertensos e diabéticos, o baile do forró (...). Tem a associação de idosos e hipertensos e diabéticos, eles fazem uma caminhada toda semana, saem do posto aqui, verificam a pressão, depois vão lá fazer exercício, aquecimento, alongamento, brincam de bola, falam versos, brincam de roda, voltam à infância; você vê aquela alegria estampada no rosto de cada um, e isso é muito satisfatório”.

O mais importante exemplo de Cantagalo apresenta-se através de uma mobilização iniciada após a implantação do PSF. A comunidade do entorno de uma unidade de saúde da família começou a se estruturar em associações por uma demanda surgida no próprio PSF, relativa às dificuldades de formação do conselho gestor da unidade. A mobilização gerada permitiu, inclusive, experiências de organização comunitária até então inexistentes, a partir das quais se configuraram novas e mais autônomas formas de exercício de cidadania. Isso reflete a análise de Lacerda e Valla (2003, p. 187), que identificam que “os profissionais de saúde também podem fomentar o apoio social, ao incentivar a consolidação de redes sociais já existentes ou favorecer o desenvolvimento de novas redes”.

– Aqui (...) também está havendo uma mudança importante porque não existiam os bairros estruturados em termos de sociedade de associação de moradores. Hoje a gente já está vendo uma estruturação muito maior do que no ano passado. Inclusive as comunidades que são mais distantes, onde são os dois subpostos, a gente vê uma dinâmica de organização do povo da sociedade muito maior, mais participativa, que chamam os políticos que regem a cidade, pedem, questionam.  
– Isso você acha que tem a ver com a instalação do PSF aqui?  
– Muito a ver, porque eles nunca perceberam que eles podiam se juntar em grupo e numa reunião, depois que a gente começou a trabalhar, eles perceberam isso”.

Em Resende encontramos outros casos relacionados às *práticas de saúde*. O principal foi a Festa do Idoso, que contou com apoio oficial da Secretaria Municipal de Saúde. A atividade ganhou destaque devido à participação indiferenciada de todos os atores sociais envolvidos no serviço de saúde. É exemplo de uma prática de saúde emancipada da perspectiva que tradicionalmente hierarquiza os atores sociais em suas relações nos serviços. Na fala seguinte, a coordenadora do PSF descreve o processo de preparação da festa.

“O último grande evento da gente foi uma festa para 500 idosos de todos os PSF nós fizemos juntos, reunimos todas as cinco equipes na época, início de outubro, e as outras estavam inaugurando e não davam para se organizar pra isso, as equipes tiveram que sentar juntas. Fizemos uma comissão de enfermeiros que discutiria aqui e repassaria para as equipes o andamento das discussões para voltar com a sugestão das equipes, a gente discutia, aí a comissão se organizou e tiramos comissões, assim, comissão de decoração, quem quer ser, vamos supor, e eu evitei que fosse uma equipe que ficasse só na decoração e a outra para servir bebida, então uma comissão de decoração tem uma vaga para cada equipe, então foi gente de todas as equipes cinco pessoas naquela comissão, uma de cada equipe sentarem juntas e tentar decorar, como é que foi a comissão de decoração, recepcionista, tinha agente comunitário, tinha auxiliar, tinha médico numa mesma comissão e aí pra discutir junto, montar junto, organizar junto. Comissão pra servir bebida foi a mesma coisa, pra servir bebida e comida foram mais de dez pessoas (...) e aí a gente convidou o coral da Associação de Aposentados, professor de *tai-chi-chuan*, de ioga, de educação física, teve campeonato de dupla. A gente contou com convidados para organizarem as atividades. Foram convidados de instituições e toda a organização do evento, por exemplo, a comissão da cozinha a gente mesmo fez a comida, enfim, mas tinha eu, tinha a Maria<sup>16</sup>, agente de saúde, e tinha uma enfermeira, a gente foi montando essas comissões”.

Além dessa atividade, Resende estimula o desenvolvimento de outras práticas também voltadas para o lazer e concretizadas através de intensa interação social. Na fala seguinte, exemplifica-se outra atividade, que perdeu seu sentido original (o de arrecadar dinheiro para lanches e enxovais de mulheres da comunidade) e passou a ser uma *atividade de saúde* realizada em função do divertimento que traz para a comunidade. Note-se que os bingos foram assumidos pela própria comunidade, o que demonstra sua implicação autogestiva na produção e na vivência de uma concepção de saúde pautada de modo afirmativo nos projetos de felicidade desejados. Por esse motivo, tal atividade se revela distante da noção de “doença”.

“– Assim, outra atividade acabou tomando conta do PSF e o povo daqui gosta muito: foi o bingo.

– E como é que começou essa história de bingo?

– Bingo para arrecadar fundos para alguma atividade, só que, ao invés de ser para arrecadar fundos, os bingos acontecem e as pessoas estão começando a trazer prendas, seu frango, bolo (...) acabam elas próprias organizando aquele bingo e se divertindo, e agora, pra que vai se arrecadar dinheiro? Às vezes se ignora”.

Em Juiz de Fora, encontramos práticas que demonstram maior articulação no relacionamento entre a comunidade e o posto de saúde. Os profissionais se referiram particularmente a um mutirão para lidar com a questão do lixo e dos ratos, o que resultou numa ação direta do poder municipal. Esse acontecimento revela o potencial das comunidades em interferir nas ações da política pública.

“(…) mutirão que houve em relação a lixo, a ratos, houve até mesmo desratização do bairro, devido aos focos. A gente tem feito reuniões na casa, nesse programa de desnutrição, hipertensão e orientação de planejamento familiar. Já fizemos dois encontros mais sociais, festa junina, baile, e temos conseguido uma adesão boa da comunidade”

O caráter peculiar dessas ações está em serem projetos construídos coletivamente, que atendem aos interesses da população, sem onerar o setor público. O baixo custo dessas ações não se apresenta quando pensamos no próximo tipo de iniciativa. Sua peculiaridade, entretanto, não é a necessidade de um gasto elevado na implantação do serviço (como será visto nos casos de acupuntura, em Cantagalo, e ioga, em Resende), mas o fato de implicarem reorganização sistêmica do serviço.

## **5. Ampliação do Acesso à Saúde Através de Outras Terapêuticas Distintas da Biomedicina: as Terapêuticas Alternativas**

A iniciativa corresponde a uma etapa diferenciada de mobilização social, por isso é menos recorrente e tão díspar entre as localidades. A seguir trataremos dos três municípios, segundo os graus de institucionalização de terapêuticas alternativas. Contudo, antes cabe assinalar os pontos comuns aos três serviços.

Atualmente, a demanda por diferentes terapêuticas está relacionada a uma forma de não agressão ao organismo, em contraposição aos efeitos colaterais causados pelos tratamentos alopáticos. Além disso, busca-se uma participação ativa do paciente em seu processo de cura e a constituição conjunta, entre terapeuta e paciente, de caminhos possíveis de serem trilhados na busca do cuidado integral, no que essas terapêuticas têm se mostrado resolutivas. No âmbito político:

“(…) a expansão das práticas terapêuticas alternativas nos serviços de saúde, que, colocadas a serviço da população, permitem ao paciente escolher a terapêutica a ser por ele utilizada. Esse fato evidencia uma compreensão ampliada do direito à saúde, na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores dessas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde” (Pinheiro e Luz, 2001, p. 20).

No município de Cantagalo há uma experiência de associação da acupuntura com o PSF. Dentre os profissionais que atuam nos diferentes postos, um deles é acupunturista, além de homeopata. A procura por seu atendimento aumentou muito, não só pela comunidade que circunda o posto, mas por todas as unidades do PSF que passaram a referenciar pacientes para serem atendidos por esse profissional. O serviço surgiu, não por ser uma demanda específica da comunidade, mas por ser unicamente uma especialidade de um médico do PSF local. Isto marcou o início de mudança na aceitação de outras terapêuticas.

Denominamos de “referência-interna” a característica peculiar, nessa localidade, de encaminhar pacientes para outros postos. Contudo, tal iniciativa não deve ser compreendida como uma forma de resolver os problemas do segundo nível de atenção, mas como uma tentativa de otimização do serviço.

A segunda experiência refere-se ao serviço de ioga em Resende. Com maior grau de institucionalização do que a anterior, ela surge de uma tentativa de atender às reivindicações da associação de hipertensos e diabéticos. A Secretaria Municipal de Saúde, a fim de ofertar novas práticas em saúde, lançou mão de uma profissional da própria rede, com formação em ioga, mas que até então atuava somente como nutricionista. Rapidamente as vagas desse serviço foram preenchidas, sendo necessária a abertura de novos grupos.

A oficina<sup>17</sup> realizada com os participantes do grupo revelou que houve mudança em suas vidas após o início da prática da ioga. Algumas pessoas mencionaram maior facilidade no controle da hipertensão e diabete, com progressiva diminuição nas doses dos medicamentos. Esses usuários atribuíram à ioga o fato de estarem mais dispostos e animados para a realização de atividades cotidianas. Além disso, a convivência entre as pessoas suscita debates sobre formas de cuidado, tornando possível o surgimento de novas formas de sociabilidade.

“Eu faço muita ioga. Você se sente mais leve, dorme melhor, equilibra sua alimentação. Porque você tem aqui as sessões de conversar, relaxar, de fazer os exercícios, entendeu, relaxa os músculos, inclusive pra mim, a diabete mesmo melhorou, estou ótima”.

O grupo de diabéticos e hipertensos de Resende se sente vitorioso com sua conquista e luta pela ampliação do serviço. O exemplo nos mostra como é possível um serviço com poucos recursos atender às demandas e expectativas da população, incluindo-as em suas prioridades de saúde. O que se destaca na conquista desse movimento é a percepção diferenciada da possibilidade de alcançar um cuidado integral, assim como a articulação objetiva de suas reivindicações em nível municipal.

A terceira experiência se refere ao serviço de homeopatia de Juiz de Fora. Seu processo de institucionalização é marcado por intensa luta entre a sociedade e as instâncias públicas. Em 1995, havia na rede de saúde do município profissionais atuando como alopatas, na ausência de um programa específico que os permitisse exercer a especialidade de formação. Após um período de discussão e articulação com a Associação de Médicos Homeopatas da cidade e com o Departamento

de Homeopatia da Sociedade de Medicina e Cirurgia, foi encaminhado um projeto à Câmara de Vereadores.

A proposta foi aprovada integralmente, tornando a homeopatia parte do organograma dos serviços de saúde do município. Após três anos de funcionamento, a demanda aumentou expressivamente, mas houve redução do número de homeopatas, devido a aposentadorias ou desistências. Como resultado, a capacidade de atendimento foi reduzida a mais de 50% da oferta, obrigando a coordenação a desvincular os pacientes do serviço.

Visando à retomada do serviço, mais de 300 pacientes, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, exigiram sua reativação. Realizaram atos públicos, com o envolvimento da mídia e parte da Câmara dos Vereadores; apresentaram relatos de pessoas que “*dependiam da homeopatia para viver*”. Mais do que representarem atos isolados, eram pessoas que exigiam coletivamente um direito e, portanto, *prioridade*. Caso o serviço acabasse, 700 pacientes ficariam sem atendimento. Somente em 1999, após meses de paralisação, as atividades foram retomadas. Atualmente, cerca de 4.600 pessoas são atendidas; entretanto, estima-se uma demanda reprimida em torno de 300%.

O exemplo é marcante ao pensarmos a importância do controle social no processo de emancipação. A participação política da sociedade civil tem grande potencial transformador, principalmente quando articulada, como no caso de Juiz de Fora, com diversos outros setores da sociedade. A estratégia vitoriosa desse movimento nos abre campo para visualizar outras ações semelhantes.

A experiência nos confronta com a seguinte questão: o que aconteceu para que um grupo de pessoas mobilizasse uma cidade inteira, a mídia e a política institucional, a fim de garantir acesso a um serviço? De onde vem a demanda por uma terapêutica que, não raro, é vista como ruim ou inútil por inúmeros profissionais?

Em grande medida, podemos refletir sobre essas perguntas, ao constatarmos que a procura pela homeopatia está associada à busca por uma “humanização” do atendimento (associada pelos pacientes a termos como confraternização, carinho e amor), indicando uma rejeição ao cuidado de que se dispunha até então. Tais termos, bastante mencionados nas oficinas, referem-se a questões subjetivas, que a homeopatia vem tentando tratar conforme o referencial do equilíbrio, segundo o qual as pessoas, a fim de alcançá-lo, devem transformar suas atitudes frente à vida, com maior consciência e autonomia. O caráter emancipador dessa terapêutica e suas práticas de cuidado podem ser abordados a partir das dimensões<sup>18</sup> do cuidado individual e do cuidado coletivo (Machado e Pinheiro, 2003).

A primeira dimensão do cuidado abrange aspectos exclusivos da vida individual e privada. É justamente nessa dimensão que as mudanças de atitudes e transformações de pensamentos são notadas. Segundo relato de pacientes, elas estão associadas principalmente à “busca do equilíbrio emocional”, na qual a realização material não é mais apresentada como a questão mais importante. Nesse sentido, o “agir positivamente” está voltado para um crescimento emocional e espiritual, o que faz com que o cuidar de si vá além de uma perspectiva higienista, relacionando-se com todos os aspectos da vida, não estando estritamente ligado à não-doença. Isto pode ser observado nos depoimentos de alguns pacientes:

“Estou nessa fase da minha vida, indecisa, procurando alguma coisa. Porque eu parei lá atrás, quando casei, depois que tive filho, aí eu parei, eu trabalhava fora, eu parei pra cuidar de filho, então a minha vida parou ali. Parou em termos, na minha vida profissional, de estudar e essas coisas; agora pretendo voltar a estudar e arrumar uma profissão, então acho que estou me cuidando, sim”.

“Cuidar eu acho que é cuidar da saúde, da mente e do espírito, que eu acho que são as partes mais importantes pra gente. Se a gente não tiver nesse equilíbrio, tiver tudo arriado, fica difícil, e a gente com a mente equilibrada eu acho que controla tudo, a gente não estando, fica mais difícil”.

A segunda dimensão do cuidado tange questões do “agir social”<sup>19</sup>, significado por meio de valores relacionados à tríade solidariedade, amor e fé. Essa dimensão nos permite perceber como questões culturais e éticas não consideradas anteriormente de saúde estão sendo utilizadas na construção do serviço. A homeopatia, orientada pela percepção do próximo, constrói o “agir social”, unido ao “agir positivamente”, como ações de solidariedade. Fazer bem ao outro encontra-se, então, diretamente vinculado ao fazer bem a si mesmo. Tal perspectiva é pautada num sentimento estritamente subjetivo de amor ao próximo, que é influenciado, em grande parte, pela questão da fé em Deus. Esse aspecto demonstra a integração de referenciais culturais e éticas nas concepções e práticas de saúde vividas pelos sujeitos por meio da homeopatia.

“É mais ou menos o que eu falei naquela hora, integração, é religião, é política é família, é sociedade (...). Porque igual religião, se todos tivessem uma religiosidade dentro de si, na sua vivência (...). Viver a religiosidade, esses sentimentos seriam trocados e cada um faria a sua parte. Humanizaria mais as pessoas”.

“As pessoas buscam algo, buscar então a si próprio? Fazer um bom trabalho, porque as pessoas não estão buscando a si próprias, elas estão buscando dinheiro, e o dinheiro não é tudo”.

“Não é o dinheiro que vai resolver, não é faculdade, o saber que vai resolver, acho que é assim mesmo essa questão da humanização, buscar mais a Deus, procurar ver Deus no seu próximo”.

Embora o movimento de Juiz de Fora talvez não venha a ser reproduzido em outras localidades, até porque diz respeito a uma conjuntura específica, ele nos mostra a força que a população pode ter na construção de novas práticas e “concepções de mundo”, já que a institucionalização desse serviço só foi possível mediante a mobilização e a pactuação coletiva entre Estado e sociedade civil. Diferentemente dos outros exemplos, esse serviço requereu mais recursos, tanto na contratação de novos profissionais, como em sua constituição física e logística. Por essas características, o exemplo do movimento em defesa da homeopatia nos revela de modo privilegiado o potencial que a população tem em dialogar com a instância pública e interferir em suas ações.

## 6. Considerações Finais

A partir da análise dessas experiências, pode-se afirmar que é possível transformar as tradicionais relações existentes no cotidiano dos serviços de saúde, no próprio interior de sua estrutura administrativa e política, sobretudo através do diálogo entre sociedade civil e Estado. Isto não significa, entretanto, que os serviços estejam abertos ao diálogo; pelo contrário, ainda é necessário ampliar o espaço para que outras “concepções de mundo” consigam expressar-se.

Ainda que a Constituição brasileira tenha garantido aos usuários o direito de optar pela forma de tratamento que desejam, a concretização desse direito depende de que o Estado disponibilize o acesso a outras práticas terapêuticas e formas de cuidado. Isto vem ocorrendo de maneira ainda incipiente. Assim, a discussão é fundamental para que mudanças substanciais possam ser produzidas, no sentido de permitir esse exercício de cidadania, segundo análise de Pinheiro e Luz (2001, p. 22).

“Hoje está clara a crescente incorporação de sistemas terapêuticos alternativos nos serviços de saúde. Esta ação tem sido entendida pelos formuladores de políticas como uma das formas de garantir a universalização da assistência médica, por meio da garantia de escolha, pelo usuário, de seu tratamento. Tal ato significaria assegurar ao usuário o exercício da cidadania”.

Devemos questionar até que ponto as instituições se mostram aptas a construir espaços para novas formas de cuidado, possibilitando uma convivência democrática e criativa entre diferentes práticas e “concepções de mundo”, em que os limites entre as terapêuticas não sejam excludentes, autoritários e desqualificadores. Os serviços / programas estudados são pioneiros, pois atuam e explicitam possibilidades de materializar outras concepções de cuidado na luta pela integralidade na atenção à saúde. Suas experiências revelam como

“o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço (...) de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde” (Pinheiro e Luz, 2001, p. 17).

Tal perspectiva converge com a assertiva de Mattos (2001, p. 61), de que a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo”. O *cuidado* se insere nesse contexto de forma a integrar diferentes sujeitos nas relações cotidianas nos espaços públicos, o que exige uma perspectiva nem sempre considerada pela normatividade institucional. As relações que se desenvolvem no cotidiano têm que ser transformadoras e formadoras de idéias e concepções, nunca repressoras. Afinal, o momento político atual de consolidação das instituições democráticas no Brasil não é compatível com práticas remanescentes de um período amargo na lembrança da história social do país.

Acreditamos que o modo de saber-fazer integralidade, pautado na busca por novas formas de cuidado, com respeito às diferentes “concepções de mundo” existentes, seja uma alternativa para a construção de uma política de saúde integral e em sintonia com as expectativas da população brasileira.

## Notas

<sup>1</sup> Sociólogo; mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisador do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.

<sup>2</sup> Sanitarista; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; professora visitante do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ; coordenadora do LAPPIS e pesquisadora responsável pelo projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.

<sup>3</sup> Psicóloga; doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisadora do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.

<sup>4</sup> Abrigo é aqui utilizado como lugar de refúgio onde se encontram proteção e acolhida.

<sup>5</sup> Embora não esteja tratando de doenças orgânico-fisiológicas, utilizamos epidemia no sentido de que essas novas queixas estão acometendo grande quantitativo de pessoas.

<sup>6</sup> Não há consenso entre os autores sobre a designação dessas terapêuticas. Neste trabalho será utilizado apenas o termo “terapêuticas alternativas”, embora em algumas citações apareçam medicinas complementares, sistemas alternativos, medicinas não-convencionais ou, segundo o próprio Ministério da Saúde, “medicinas naturais e práticas complementares”.

<sup>7</sup> Entende-se “modos de andar a vida” no sentido adotado por Canguilhem, em *O normal e o patológico*, (Forense Universitária, 1978).

<sup>8</sup> Utiliza-se resistência como uma força que não cede, não abre espaço para outra força imposta.

<sup>9</sup> Essas experiências se referem aos municípios de Cantagalo, Resende e Juiz de Fora, as quais se encontram contextualizadas nesta coletânea, no artigo de Pinheiro e Guizardi, “Cuidado e integralidade”.

<sup>10</sup> Em contraposição ao saber científico, já que não passou pelos mesmos processos de experimentação e legitimação.

<sup>11</sup> A utilização de plantas medicinais não chega a ser *fitoterapia*, pois é uma prática popular que não tem carga científica.

<sup>12</sup> As experiências pesquisadas encontram-se descritas nesta coletânea, no artigo “Cuidado e integralidade”, de Pinheiro e Guizardi.

<sup>13</sup> Entende-se por autocuidado a ação do sujeito de responsabilizar-se pelo seu cuidado, no que concerne à manutenção e restabelecimento da saúde.

<sup>14</sup> As principais atividades identificadas foram: caminhadas, práticas de lazer (passeios e festas), exercícios de ginástica e alongamento.

<sup>15</sup> Entenda-se serviço como os formuladores das políticas em determinado momento de um governo.

<sup>16</sup> Nome fictício.

<sup>17</sup> Ver metodologia.

<sup>18</sup> Essas dimensões não devem ser entendidas como reais, pois os dois cuidados interagem a todo momento, sendo impossível dissociá-los na prática.

<sup>19</sup> Essa compreensão foi gerada na oficina com os pacientes de homeopatia de Juiz de Fora.

## Referências

BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina: análise dos relatórios da segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas. In: LUZ, M. T. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 168).

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A homeopatia como direito de cidadania: um estudo sobre a luta da sociedade civil em defesa da homeopatia pública e gratuita. IN: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM HOMEOPATIA / SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA EM HOMEOPATIA, 7., 2002, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: FBH / UERJ, 2002. 1 CD-ROM.

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. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. A história social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

\_\_\_\_\_. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R. Percepções e práticas dos pacientes e homeopatas sobre o cuidado na atenção integral à saúde: estudo de caso. IN: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM HOMEOPATIA / SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA EM HOMEOPATIA, 7., 2002, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: FBH / UERJ, 2002. 1 CD ROM.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R. Percepções sobre saúde, doença e cura em usuários do SUS: novas práticas em saúde na atenção integral. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 8, 2003.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARX, K. *Introdução à crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1999 (Coleção *Os Pensadores*).

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

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

PINHEIRO, R. 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. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidade, demanda e oferta: algumas contribuições para o debate para a construção da integralidade da atenção no SUS. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.1, p. 234-242, 2003.

# Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde

RAFAEL VIEIRA BRAGA DA SILVA<sup>1</sup>

BRUNO PEREIRA STELET<sup>2</sup>

ROSENI PINHEIRO<sup>3</sup>

FRANCINI LUBE GUIZARDI<sup>4</sup>

## 1. Introdução

Para discutirmos a construção da integralidade e a contribuição do agente comunitário de saúde nesse processo, é preciso tomar alguns pontos como referenciais. Pinheiro (2001) indica o cotidiano das instituições de saúde como *locus* privilegiado de estudos e exercício de materialização da integralidade. Pinheiro e Luz (2003) acrescentam, ainda, a necessidade de entendermos o saber como algo alimentado pelas práticas em um movimento de valorização do *agir*, o que nos permitiria pensar em integralidade como práticas eficazes, ações capazes de modular o saber e o fazer (Pinheiro e Luz, 2003). Nesse sentido, temos a integralidade não simplesmente como uma diretriz do SUS descrita na Constituição de 1988, mas como algo a ser construído cotidianamente pelos atores em suas práticas na atenção e cuidado em saúde.

Um profissional de saúde mais atento às questões relacionadas não somente à doença, mas ao sujeito em sofrimento, ou um serviço de saúde organizado de maneira que os usuários consigam efetivamente ter acesso ao *cuidado* são alguns exemplos que ilustram possíveis sentidos para integralidade. São situações que nos remetem ao desenvolvimento de mecanismos capazes de ampliar as percepções dos cuidadores às necessidades dos que procuram cuidado no atendimento. A integralidade surge como a capacidade de profissionais e serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um *território comum* que possibilite o diálogo entre esses sujeitos. Uma interação capaz de ocorrer no cotidiano das práticas, tanto na oferta do cuidado como na organização da atenção à saúde, no qual sejam considerados aspectos subjetivos e objetivos (Pinheiro, 2001), a fim de buscar respostas positivas às demandas/necessidades de saúde da população.

O modelo tradicional de atenção à saúde vem há tempos sendo questionado por suas características fragmentárias e reducionistas e por ter a doença do paciente como principal objeto de intervenção (Luz, 1998). Configura não uma relação entre sujeitos, mas uma relação sujeito-objeto, dificultando a escuta, a conversa e o diálogo. Diante das críticas a esse modelo, surgem estratégias que buscam criar, no campo da saúde, espaços que permitam reverter essa lógica, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Discutir o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na construção da integralidade torna-se fundamental, na medida em que eles se encontram na posição de elemento integrador de partes (comunidade e serviço de saúde), possibilitando a construção de um território comum, servindo de canais de comunicação, articulando escuta e fala - compreensão - entre pessoas da comunidade e profissionais de saúde. Teceremos, então, uma síntese histórica acerca da importância desses programas no contexto das mudanças ocorridas no setor saúde nas duas últimas décadas.

## 2. Um Retrospecto

No final da década de 80, numa conjuntura de seca, surgiu um programa estadual de caráter emergencial, com a finalidade de realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense, priorizando a educação em saúde para o público materno-infantil e visando à redução dos índices de mortalidade. Foi uma experiência bem-sucedida, de grande repercussão, e serviu de estímulo para iniciativas no âmbito das políticas de saúde em todo o país. Diante do sucesso de tais ações, a partir de setembro de 1988, o programa abandonou o caráter emergencial e adquiriu características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde.

Em 1991, o Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde, legitimou o PACS e lançou o programa com os objetivos gerais de desenvolver ações básicas de saúde; identificar fatores determinantes do processo saúde / doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. O agente comunitário de saúde seria o *elo* de ligação entre a população e os serviços de saúde, agindo como facilitador, junto à comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar de sua própria saúde, além de contribuir para a construção e consolidação de sistemas de saúde locais. Mais do que isso, a estratégia “começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por

família)” (Viana e Dal Poz, 1998). Partindo de tal afirmação, o PACS é considerado um antecessor do PSF, sobretudo quando se entende que a formulação deste foi impulsionada pela experiência acumulada com os agentes comunitários no Ceará. Em 1993, o PACS abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil agentes comunitários de saúde atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios do país, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com um total de 33.488 agentes (Brasil, 2002)

O sucesso do PACS e o aparecimento de outras experiências, como o Programa Médico de Família - desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba - fomentaram uma discussão acerca do esgotamento do modelo de atenção básica à saúde. Possibilitaram reflexões sobre o enfoque na família e não no indivíduo, o agir preventivo sobre a demanda, a adoção de práticas não-reducionistas sobre a saúde e o “deslocamento” do eixo fundamentado na doença e na intervenção médica na busca de integração, de fato, com a comunidade.

A percepção da crise do modelo anterior suscitou a necessidade de um programa que contemplasse as novas práticas. Em 1994 iniciou-se a formulação das diretrizes do PSF, definido como um modelo de assistência à saúde visando a desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que teriam como objetivo fazer o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (Brasil, 1994).

Ou seja, o PSF surge como recurso estratégico com uma proposta de superação do modelo assistencial, buscando ampliar o acesso aos serviços de saúde e possibilitar o exercício da universalidade, acessibilidade, equidade e integralidade no SUS. Em sua operacionalização pressupõe-se a adequação às diferentes realidades locais, provendo assistência humanizada baseada no vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a comunidade. Dessa forma, a Saúde da Família, inicialmente traçada como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia capaz de (re)estruturar os sistemas municipais de saúde, visando à reorganização do modelo de atenção, contribuindo para uma nova dinâmica dos serviços e ações em saúde.

Em dezembro de 2000, o PSF estava implantado em 3.090 municípios e estavam constituídas 10.473 equipes de saúde da família (ESF), com uma cobertura de 22% da população brasileira e 145.299 agentes comunitários de saúde atuando em 4.610 municípios, o que corresponde a 51% da população do país (Sousa *et al.*, 2000).

A ESF trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é vista como porta de entrada e primeiro nível de atenção, devendo, portanto, estar integrada a uma rede de serviços com diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (Brasil, 2001e).

Recomenda-se que cada ESF assista de 600 a mil famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) e que cada agente comunitário de saúde da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma microárea onde residam de 440 a 750 pessoas (Brasil, 2000b). Cada equipe deve contar com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir do ano 2000, dentistas. Outros profissionais (psicólogos, fisioterapeutas, professores de educação física) podem ser incorporados à equipe, dependendo da demanda e da proposta de trabalho.

O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e PSF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação, promoção social e de proteção da cidadania. (Brasil, 2003). Cabe destacar as principais competências do agente comunitário, segundo o Ministério da Saúde:

“Orientar as famílias, para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário; realizar, através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; promover educação e mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras; traduzir para a equipe a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites” (Brasil, 2001, p. 6).

A partir dessas competências, o agente comunitário de saúde tem por função integrar partes que se encontram separadas no modelo tradicional. O papel integrador é caracterizado principalmente pelo exercício de tradução das dinâmicas social e profissional, fazendo com que o agente comunitário seja considerado como elo pelos manuais do Ministério da Saúde. Cabe aqui, então, refletir: ser *elo* remete de fato às principais competências atribuídas aos agentes comunitários?

Num plano simbólico, poderíamos entender que o *elo* é parte constituinte de uma corrente; reflete um enquadramento funcional, na medida em que sua única função é unir partes separadas, em sentidos opostos, o que remete a uma sensação

de tensão. Mergulhando um pouco mais nesse plano, *elo* nos remete à noção de uma peça industrializada, de estrutura fria, rígida, metalizada, concreta, fechada em si mesma, com a simples finalidade de prender, segurar, sustentar outras partes de um todo - a corrente. O laço, por ser artesanal, nos dá uma sensação de mobilidade. Diferindo do que ocorre com a corrente, o laço pode ser desfeito, refeito, tomar outras formas, se estiver frouxo ou apertado demais. O ato de fazer um laço significa unir pedaços ou partes através das relações humanas, é o caráter humano resgatando a antiga idéia do laço de fita “feito à mão”. Nossa proposta neste ensaio é enlaçar o leitor, para discutirmos juntos as práticas do agente comunitário de saúde - *elo* ou laço - enquanto questionador do *arché* da integralidade.

### 3. Elo ou Laço?

Uma das premissas básicas, requisito fundamental do Ministério da Saúde para se tornar agente comunitário, é residir na comunidade onde irá trabalhar. Dessa forma, pretende-se que ele desenvolva uma integração entre a equipe de saúde e a comunidade. Isso nos remete mais uma vez à questão central do agente comunitário sendo *elo* (ou laço?). O fato de ser alguém que vivencia a realidade da comunidade e que trabalha a partir de referenciais biomédicos com as práticas de saúde do bairro onde mora faz dele um sujeito que traz consigo uma série de contradições. Ao mesmo tempo, possibilita a construção de vínculos, de reorganização do trabalho da equipe de saúde, de ampliação do acesso ao serviço e de atuação como facilitador da comunicação entre comunidade e profissionais de saúde.

Mais do que estar próximo da comunidade e da equipe de saúde, o agente comunitário pertence a esses dois territórios, podendo ser facilitador da criação de vínculos. Entendemos o vínculo como um elemento constitutivo da integralidade, fruto de uma construção social e parte de um esforço multiprofissional e interdisciplinar, que envolve equipe, instituições e comunidade. Essa construção requer um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre os sujeitos - retomando a idéia do agente comunitário enquanto laço entre equipe e comunidade. Tal perspectiva vem permitindo a co-responsabilização dos sujeitos no cuidado em saúde, sendo as repostas oferecidas à população fundadas na confiança, no conhecimento e na afetividade (Stelet e Machado, 2003).

Os mesmos autores destacam que o vínculo, através do agente comunitário, é também um elemento que possibilita a permeabilidade do espaço institucional

à experiência do cuidado como prática do cotidiano. Evidencia uma reorganização do processo de trabalho da equipe, através da proximidade com a comunidade, promovendo ainda uma atenção à saúde baseada no acolhimento. Segundo Merhy e colaboradores, “acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde (...) qualificando a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania” (Merhy *et al.*, 1999, p. 347):

“Nós temos uma meta, fazemos oito visitas por dia, porque a gente está indo a casa da pessoa, resolvendo problema, saber se ela está bem e se tem algum problema (...) Você vai conversar, isso já é estar cuidando” (ACS / PSF Resende).

“[Cuidar] não é só dar o que ela tá precisando materialmente, é dar atenção, conversar, ouvir (...) Minha mãe perdeu a voz, mas só de estar junto dela, pra ela já é muita coisa. Quando vou lá seguro na mão dela e fico, conto as novidades. Mas cuidar de uma pessoa é tudo isso, é dar carinho, é dar atenção, é dar essas coisas” (ACS / PSF Resende).

Como já dito, residindo na comunidade em que trabalha, o agente comunitário supostamente a compreende de “dentro”, o que facilita a construção de vínculos interpessoais e estabelece formas de comunicação: “E é até melhor a integração entre os agentes e a comunidade, sendo que todo mundo conhece a gente, e então tem mais liberdade de contar pra gente do que para uma pessoa estranha” (ACS / PSF Resende).

Para Habermas (1989), a linguagem - e a possibilidade de com ela nos comunicarmos - é uma dimensão genuína da espécie humana que termina por se submeter às regras de natureza técnica, perdendo sua autonomia. Para fundamentar seu pensamento, Habermas parte de uma “teoria da ação” que reconhece duas esferas diferentes da atividade humana - o trabalho (esfera do *agir estratégico*) e a interação pessoal (esfera do *agir comunicativo*). Na contemporaneidade, os critérios que regem a esfera da interação tendem a ser absorvidos pelos critérios que regem a esfera do trabalho - este o grande sonho da tecnocracia.

Fazendo uma analogia com as atividades comunicativas fundamentadas por Habermas, podemos entender o agente comunitário inserido nas distintas formas de agir. No *agir comunicativo*, encontramos o agente comunitário estabelecendo relações no cotidiano da comunidade. Esse tipo de ação possui normas que guiam os comportamentos dos sujeitos, membros de um grupo social, que partilham valores comuns. No *agir estratégico*, o agente comunitário pretende, usando conhecimentos técnicos biomédicos, estimular a ação dos outros de acordo com interesses bem definidos, seja desenvolvendo ações de promoção de saúde ou prevenção às situações de risco sanitário. O *agir estratégico* tem por meta atingir um fim, atender às determinações

das políticas públicas de saúde. Terá êxito ou fracassará se encontrar ou não os meios adequados para conseguir realizar essa finalidade.

Partindo dos pressupostos de Habermas, quando a esfera do trabalho se sobrepõe à esfera das interações, o *agir* do agente comunitário se enrijece com os protocolos e o tecnicismo, limitando-o a ser *elo* de ligação. Mas quando a esfera do trabalho se nutre constantemente da esfera das interações, o papel do agente comunitário é preenchido com inúmeras possibilidades de agir, permitindo-lhe ser laço de relação.

“Eu adoro meu trabalho, sempre falo para as meninas daqui (...) Pelo dinheiro, não, pelo dinheiro é péssimo, mas a satisfação que dá, o amor que eu tenho pelo trabalho (...) Sinto que as meninas também têm, é muito gratificante, muito mesmo. Quando as pessoas falam ‘obrigado por ter vindo aqui’, a gente sabe que é uma obrigação nossa como agente, mas a gente faz com tanto amor” (ACS / PSF Resende).

“O que eu faço aqui é acompanhar os hipertensos, os diabéticos, as gestantes, as crianças de zero a cinco anos, fazer visitas nos domicílios, de rotina, levar as dúvidas das pessoas para os médicos e trazer as respostas” (ACS / PSF Juiz de Fora).

Pretendemos chamar a atenção para a relação entre a tradução consciente, que envolve o saber técnico do agente comunitário, e a inconsciente, referente à vivência cotidiana na comunidade. Através desse olhar, o agente comunitário desempenha a função de veículo de informações, explorando a idéia de “tradutor” (Geertz, 1983), localizando aqui a tradução no sentido que vai do universo científico ao popular e vice-versa.

Nesta perspectiva, o agente comunitário tem a função de traduzir para a equipe de saúde a realidade da comunidade e seus modos de andar a vida, trazendo informações que extrapolam a questão da doença, mas que são fundamentais para a compreensão do cotidiano local e para a construção do vínculo usuário-profissional de saúde.

“A gente tenta ser conhecido pelo pessoal daqui muito no dia-a-dia (...) porque com isso a gente consegue saber o nome das pessoas, saber quem é parente de quem, quem mora onde, quem não mora, quem tem certos problemas sociais e econômicos, quem não tem. Então eu acho que foi muito do dia-a-dia esse meu aprendizado em campo de trabalho mesmo. Eu acho que o mais importante nisso são as visitas que o agente faz, porque o agente vai a casa da pessoa” (Médico / PSF Cantagalo).

“Acho e sempre vou achar que o papel do agente comunitário é o mais importante, (...) eles são fundamentais porque eles vão de casa em casa, então eles vêem o que acontece no dia-a-dia das pessoas, eles podem trazer, não só problema médico, não, mas problemas sociais, econômicos, a menina que está gestante na adolescência, o que está usando drogas” (Médico / PSF Cantagalo).

Como morador da região, o agente comunitário identifica com mais facilidade condições que podem favorecer ou prejudicar a saúde da população. Um fator

ambiental qualquer, por sua provável associação com um certo agravo à saúde, já pode ser visto como um dano, mesmo antes que isto se materialize no corpo (Ayres, 2001). A partir daí, o agente comunitário leva à equipe percepções que ampliam a compreensão da dimensão cultural e socioeconômica do cuidado, como, por exemplo, quando torna necessária a investigação sobre problemas do meio ambiente, relacionados ao saneamento básico.

“(…) as agentes perceberam maior incidência de doenças numa região do bairro onde corre esgoto a céu aberto. O problema foi encaminhado ao setor da Assistência Social, e hoje está sendo feito o saneamento e sendo construídos banheiros nas casas da região que não dispunham de um” (Enfermeiro / PSF Resende).

Além de traduzir os modos de vida da comunidade para a equipe de saúde, o agente comunitário também faz o caminho inverso: traduz para a comunidade o funcionamento e os serviços prestados pela unidade de saúde. Como podemos perceber nas falas seguintes, essa tradução é capaz de gerar possibilidades de construção de outro tipo de vínculo, entre o usuário e a instituição de saúde.

“Eles gostam bastante porque aqui não tinha um posto de saúde, quando chegou foi uma coisa maravilhosa e é um médico só que atende na comunidade. Em outros lugares que atende em posto convencional as comunidades estranharam quando começou o PSF porque tiraram 2, 3 médicos e colocaram um só: ‘tinha 2,3, só tem 1, que história é essa?’. Houve reação, mas a gente que era da comunidade mostrou que não era bem assim. Aí foi muito bom, a aceitação foi boa” (ACS / PSF Resende).  
“(…) até então não tinha ninguém que se preocupasse com eles de ir até a casa deles, procurou saber ‘você tá precisando de alguma coisa?’. E também levar informação do módulo pra lá, ‘olha tem dentista, tem preventivo...’. Então para eles isso é uma coisa muito boa. Eles retribuem com carinho, com respeito, e para a gente isso é muito gratificante” (ACS / PSF Resende).

Fica evidenciado, através das falas anteriores, o marcante papel de tradutor desempenhado pelo agente comunitário, que é percebido tanto pelo caráter de tradução de símbolos culturais - conversas, saberes e práticas populares - como de tradução técnico-científica. Ele utiliza conhecimentos biomédicos para informar, sanar dúvidas da população e até mesmo legitimar o território institucional da unidade de saúde da família na comunidade.

No entanto, o ato de traduzir *per se* gera comunicação, mas não necessariamente implica mudanças nas ações dos sujeitos envolvidos. Fazer a tradução entre os cotidianos da instituição e da comunidade permite uma aproximação entre partes, retomando a idéia do agente comunitário enquanto *elo*. Por outro lado, o agente comunitário constitui laço quando a tradução permite transformações nas atitudes dos sujeitos, possibilitando que população e unidade de saúde se percebam interagindo num mesmo espaço, um território de encontro, um *território comum*.

#### 4. O Trabalho de Equipe e o Território Comum

A constituição do território comum se baseia na flexibilização dos saberes e práticas de saúde, na dinâmica construção de diálogos e nas transformações de relações e atitudes cotidianas dos sujeitos envolvidos. Vale ressaltar que, apesar de nos referirmos a um único território comum, entendemos que nas diferentes localidades os sujeitos se relacionam de infinitas maneiras, o que possibilita várias formas de construção de inúmeros territórios comuns.

Exemplo da concretude desse território comum se dá nas possibilidades de organização do trabalho da equipe de saúde. A composição das equipes de saúde aponta para a multiprofissionalidade, como preconizado pelo modelo desenhado pelo Ministério da Saúde. Fazem parte das equipes: médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cada qual com suas competências, porém com atribuições comuns pautadas no sentimento de responsabilização pelo cuidado sobre a população atendida.

O agente comunitário atua facilitando a ampliação do acesso à unidade (e ao cuidado), na medida em que algumas de suas atribuições são a marcação de consultas e a realização de visitas domiciliares, cadastrando, acompanhando e encaminhando os usuários para a unidade de saúde.

“(…) primeiro foi feito um cadastramento, todas as pessoas que consultam aqui têm um prontuário, o prontuário da família. E eu vou naquela família e pergunto ‘como é que você está?’, ‘O que aconteceu?’, ‘Tem alguém doente em casa?’, ‘Aconteceu alguma coisa em termos de saúde?’(…). Se aconteceu: ‘ah, minha filha ficou doente com pneumonia (...)’ ‘Foi medicada com quê? Teve alta?’ Aí eu anoto. Ou: ‘eu acho que estou grávida’(…) aí encaminha pra cá, ela vai fazer o exame, se estiver grávida’. Vou acompanhar ela desde quando ela me contou, até o neném nascer, a doutora vai fazer o pré-natal, todo um acompanhamento, a doutora vai na maternidade visitá-la” (ACS / PSF Resende).

O agente comunitário traduz para a equipe de saúde os modos de vida das pessoas da comunidade, ressaltando elementos que possam influenciar direta ou indiretamente na produção de saúde/doença na população. Essa tradução se torna condição determinante para configurar a organização do trabalho da equipe e formatar suas ações.

“A gente vai atrás daquilo que o agente comunitário muitas vezes trás. Às vezes o agente comunitário identifica na família alguma coisa e ele traz, o agente já tem esse grau de percepção de trazer problemas que eles identificam. Aí às vezes a gente vai até na própria família, às vezes a família nem vem e a gente vai” (Médico / PSF Resende).

Um enrijecimento da organização do trabalho pode ser percebido nos momentos em que a divisão de tarefas na unidade é bem definida, ficando cada

profissional responsável somente pelo seu campo de atuação.

Como contraponto à possível rigidez dessa divisão do trabalho da equipe, identificamos que o trabalho dos agentes comunitários pode ir além de suas atribuições básicas, inserindo novas ações, evidenciando uma flexibilização das tarefas designadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001c) - por exemplo, quando o agente assume atividades de grupo voltadas para a educação em saúde.

A reorganização do trabalho da equipe produzida pelo território comum é entendida aqui como possível exemplo da constituição do agente comunitário como laço, já que estes podem propiciar um espaço onde haja diálogo e interações pautadas numa dinâmica “não-hierarquizante” entre comunidade e profissionais de saúde. Constatamos que a equipe de saúde é capaz de estruturar seu trabalho junto à comunidade, e até desconstruir modelos organizacionais já existentes, buscando dar respostas positivas às demandas da população. Essa é uma das maneiras pelas quais o agente comunitário contribui efetivamente para a materialização da integralidade no cuidado em saúde.

## 5. As Ações no Território Comum

Até aqui usamos o termo *tradução* para designar a principal competência do agente comunitário: levar à comunidade o saber biomédico adquirido em sua formação técnica; e à equipe, o saber popular e seus olhares sobre as pessoas com as quais convive no bairro.

A *tradução* feita pelo agente comunitário abre canais de comunicação, mas não estabelece, necessariamente, diálogo ou relações de interação entre serviços de saúde e população atendida. Melhorar essa capacidade de interação através da confecção de laços, estabelecendo um território comum, é um caminho no qual a figura do agente comunitário pode contribuir para a construção da integralidade.

Durante o processo de construção do território comum - quando há possibilidade de diálogo entre saberes e práticas popular e científica, de transformações das relações entre os sujeitos e de novas formas de se construir vínculos -, nos deparamos com a seguinte questão: será que o agente comunitário, ao possibilitar tais encontros, continua sendo somente um tradutor?

“Para a questão da saúde da família, acho primordial o papel do agente comunitário, porque os profissionais da área da saúde ficaram um pouco afastados da comunidade. Às vezes você encontra profissionais, e eu me incluo nesse grupo, que procuram não se isolar, não ficar dentro do consultório (...). Sempre exerci uma medicina que vai até o doente, que escuta o doente, que procura mais essas questões de prevenção. Para mim ficou mais organizado com mais gente trabalhando na equipe, várias cabeças, vários tipos de profissões buscando (...). Então o agente comunitário veio fazer essa ligação muito mais completa, muito mais eficaz, porque são pessoas da

comunidade, que conhecem a comunidade e fazem essa comunicação muito boa, tanto trazendo como levando informações e até trazendo o doente para cá, ou nos levando até ele, ou ao foco da doença” (Médico / PSF Juiz de Fora).

Considerando que um território comum não é capaz de ser constituído apenas com traduções, entendemos que o processo de construção ocorra no cotidiano das práticas, através de *ações comuns*. Pinheiro e Luz defendem o agir/ação como instrumentos fundamentais para gerar sentidos e estruturas que valorizem a prática como meio de transformação de situações e relações sociais (Pinheiro e Luz, 2003). Nesse sentido, o agente comunitário se insere como elemento-chave no fomento das ações comuns, pois, além de estar presente no cotidiano da instituição de saúde, é um referencial para a comunidade.

“(…) eu vim para cá, para o bairro, eu tinha onze anos de idade, aí conheciam meus pais, meus irmãos. Por eu ser extrovertida, carinhosa, as pessoas se aproximam muito. Estou sempre envolvida com alguma coisa do bairro, quando não é na aula, é no bairro, na associação de moradores, participo desde quando foi criada, 14 anos atrás, fui sempre acompanhando dentro dela. E por coincidência acabei entrando no PSF, que é aqui no bairro. A pessoa me procura e estou lá” (ACS / PSF Resende).

Nessa fala, o agente comunitário se apresenta para a comunidade não só no que se relaciona às questões do serviço de saúde, mas também à organização comunitária de forma geral, o que é evidenciado pela participação ativa na associação de moradores. Na fala seguinte, tal observação se torna ainda mais explícita.

“Participo da associação de moradores; na igreja sou presidente das moças, faço acampamento em fevereiro, durante o ano faço treinamento com elas, tenho que ensinar como se faz comida (...). Aí tenho que arrumar tempo para fazer isso com elas, preparar as aulas de domingo para elas. Tenho que vir para o posto, para cá, para o PSF (...)” (ACS / PSF Resende).

A participação comunitária é compreendida como principal catalisador das ações comuns. Constitui a possibilidade de o sujeito-usuário influenciar o planejamento e a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde junto a gestores e equipe de saúde, através de órgãos específicos como os conselhos de saúde, ou simplesmente participar de reuniões no próprio posto para definir seu funcionamento. Dessa forma, o agente comunitário também vem desenvolvendo importante papel no estímulo à participação da comunidade, tanto no que diz respeito ao planejamento das ações do serviço, quanto à participação em atividades de educação em saúde e em eventos sociais que aconteçam na unidade de saúde.

“(…) outra atividade que acabou tomando conta do PSF e o povo daqui gosta muito, foi o bingo. (...) Bingo para arrecadar fundos para alguma atividade (...) então os bingos acontecem e as pessoas estão começando elas próprias a trazer prendas, seu frango, seu bolo (...) acabam elas próprias fazendo, organizando aquele bingo e se divertindo” (Coordenadora / PSF).

A função mobilizadora do agente comunitário delineia um potencial para desenvolver ações capazes de sustentar a construção do território comum. Há, porém, nesse processo, questões culturais que criam resistências dos profissionais de saúde e da população, limitando o potencial mobilizador do agente comunitário. Em relação aos profissionais de saúde, referimo-nos às relações de poder ligadas à hierarquização do saber, numa perspectiva foucaultiana. Quanto à comunidade, referimo-nos ao processo de confrontação de saberes, relativos à normatização da vida, tentando conduzir a população à adoção de “hábitos saudáveis”, gerando resistências e produzindo conflitos entre o saber popular da comunidade e o saber biomédico trazido pelo agente comunitário. Dessa forma, o sujeito é considerado estrangeiro para si mesmo, como num processo de alienação, no sentido hegeliano do termo.

“Nem toda a população recebe bem o agente, pelo menos neste bairro. Alguns acham que a gente ‘está enchendo o saco’, a gente chega por volta de uma hora da tarde, as pessoas estão ocupadas e não querem ser interrompidas” (ACS / PSF Juiz de Fora).

Para a formulação de ações comuns, é necessária a mobilização comunitária, que resgate valores como solidariedade e ética (Silva, 2003). Dessa forma, o trabalho dos agentes comunitários pode facilitar a criação de condições para permanentes construções do território comum e da integralidade.

## 6. Na Comunidade e na Equipe de Saúde: a formação

A liderança comunitária dos agentes dá à sua atividade certo *status*, uma vez que estes se tornam intermediários entre a população e a equipe de saúde, encaminhando reivindicações e representando a equipe junto à comunidade. As competências profissionais do agente comunitário são muito amplas e complexas, pois sua atuação exige conhecimentos diversos em torno da questão saúde-doença. Além de técnicas biomédicas, inserem outros saberes que o habilitam para o processo de interação cotidiana com a população e no reconhecimento de suas necessidades (Trad, 2002). Pretendemos refletir sobre a formação desse profissional.

“Quando fomos selecionadas para agentes comunitárias, passamos um mês no curso, passamos por um treinamento, tudo sobre saúde, como detectar doenças em comunidade, como nos cuidar, temos que tomar vacinas, vamos lidar com doentes, vamos na casa, vamos entrar, aprendemos como cuidar de nós e cuidar dos outros” (ACS / PSF Resende).

O treinamento dos agentes comunitários pressupõe habilitá-los a realizar procedimentos técnicos, como pesar e medir crianças, verificar quadros vacinais, desenvolver atividades educativas, visando a prevenir doenças e promover a saúde. Há ainda atribuições específicas, como o fortalecimento de vínculos e

percepção da dinâmica social da comunidade. Nesse sentido, sua atuação transcende o setor saúde, demandando conhecimentos de outras áreas. A questão gera uma problemática em torno de sua formação, porque, além de muito pontual, supomos que ela não dê conta das complexidades que surgem no cotidiano, por focar somente o conhecimento biomédico sobre doenças.

“Os agentes comunitários fizeram um treinamento meio fraco, mas fizeram. Mas estamos sempre treinando, pois não tem como eles trabalharem com esse tipo de saúde sem uma educação continuada. Estamos sempre conversando sobre vários assuntos, porque trabalham com vários tipos de problema, problemas que eles mesmos têm em casa, temos que estar sempre trabalhando juntos, já que o curso que tiveram foi de praticamente um mês, mas um mês é muito pouco para quem vai trabalhar com diversos tipos de problema” (Médico / PSF Juiz de Fora).

Se, por um lado, a formação insuficiente que o agente comunitário recebe gera insatisfação na equipe, por outro, seu conhecimento biomédico lhe traz um sentimento de orgulho, por ser reconhecido pela comunidade. Esse conhecimento garante a visibilidade dos agentes, constituindo recurso de poder nada desprezível, já que em nossa sociedade o saber científico é considerado hierarquicamente superior ao saber popular. Outra questão que aqui se insere são as relações de poder que se estabelecem dentro da própria equipe. Contraditoriamente, as disputas se dão entre o agente comunitário e os outros membros da equipe, principalmente nas situações em que o agente comunitário ocupava posição de referência comunitária antes da chegada do PSF.

“O agente comunitário é uma ponte entre a comunidade e a unidade de saúde, funciona e não funciona. Quando não funciona (...) soa como se fosse uma guerra entre a unidade e a comunidade. Isso quer dizer que alguma coisa está desequilibrada, teoricamente ele deveria promover a resolução de problemas entre as partes, mas às vezes se cria um problema maior de falta de comunicação, porque o agente não tem uma educação continuada” (Médico / PSF Juiz de Fora).

Cabe salientar que não necessariamente esses problemas derivam da falta de conhecimentos técnico-científicos, perspectiva que justificaria que sua superação fosse obtida com cursos de atualização ou estratégias de educação continuada. Apesar de não pretendermos negar a importância desses conhecimentos nas atividades dos agentes comunitários, alertamos para os efeitos dessa leitura, que desconsidera os dispositivos de poder presentes no processo de trabalho da equipe - os quais frequentemente desqualificam os saberes populares de que o agente é porta-voz. Talvez seja preciso questionar se a formação desses profissionais os auxilia a transitar pelos dois territórios de legitimação tão distinta, ao permitir que eles, através de suas práticas no cotidiano, estejam em contínuo aprendizado e em constante superação do próprio saber (Gramsci, 1975).

A formação em saúde condiciona não apenas comportamentos individuais,

mas ações coletivas, sociais e políticas. Dessa forma, o PACS tem por finalidade propiciar um espaço dentro da realidade das comunidades onde possam interagir os saberes científico e popular, com a intenção de formar agentes comunitários comprometidos com a

“superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. (...) Isso é feito com base em uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo-lhes, cada vez mais, a diversidade na heterogeneidade. Assim, priorizam a relação com os movimentos sociais locais por serem expressões mais elaboradas desses interesses” (Vasconcelos, 2001, p. 29).

Vale ressaltar a posição *laço* quando o agente comunitário consegue construir um território onde tais saberes convivem e dialogam, sem que haja hierarquização que desqualifique os saberes populares. Porém, nem sempre sua formação dá condições para o exercício de integração entre o saber técnico e o saber popular. Aqui percebemos que sua função institucional como *elo* pode se contorcer, originando um nó.

## 7. Elo, Laço e Nó: (des)construção da integralidade

Utilizamos figuras que serviram de metáforas para simbolizar algumas maneiras com as quais, a nosso ver, o agente comunitário de saúde se coloca diante de seus saberes e práticas, no sentido da construção da integralidade. Exploramos a tradução e o estabelecimento de processos comunicativos entre equipe de saúde e comunidade como função primordial do agente comunitário. Essa tradução pode fazer desse sujeito *elo* ou *laço*. *Elo*, na medida em que serve apenas como veículo de informações; *laço*, quando consegue estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros.

Tecemos uma última questão: há momentos em que o agente comunitário se encontra tão preso em sua própria corrente, que os elos se enroscam, conformando um nó. Isso pode ser percebido através de sua formação para o trabalho, gerando entraves no fluxo de interações entre equipe de saúde e comunidade. Outra possibilidade de haver um nó surge nas relações de poder entre agente comunitário, outros membros da equipe e pessoas da comunidade. Se para a comunidade o agente comunitário é visto como detentor do saber técnico-científico, para a equipe esse saber é deficiente - e por isso ela não o enquadra como profissional de saúde, o que gera no agente comunitário uma anomia cultural.

Sendo *elo*, questionamos se o agente comunitário promove interações “não-hierarquizadas” capazes de desenhar possíveis traços de integralidade. Enquanto

laço, o agente comunitário é capaz de fomentar vínculos, ampliar o acesso tanto à unidade de saúde quanto ao cuidado, e ainda reorganizar o trabalho em equipe, modificando atitudes herdadas do modelo tradicional de saúde. Objetivamos, com essas discussões sobre as práticas dos agentes comunitários, interrogar se esse lugar institucional em construção não pode ser mais eficaz na concretização da integralidade quando supera, por meio dos desafios cotidianos, os modelos idealizados para sua efetivação.

## Notas

- <sup>1</sup> Graduando em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; bolsista de Iniciação Científica do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>2</sup> Graduando em Medicina, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; bolsista de Iniciação Científica do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>3</sup> Sanitarista, doutora em Saúde Coletiva e professora visitante do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ; coordenadora do LAPPIS; pesquisadora responsável pelo projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>4</sup> Psicóloga, doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisadora do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>5</sup> Palavra grega que significa princípio. Para os gregos, o princípio é o fundamento, aquilo de que todas as outras coisas são derivadas.
- <sup>6</sup> O poder é produtor do saber, de conhecimento. Por outro lado, o saber também engendra poder, produzindo o que Foucault chama de *efeitos de poder*. Assim, poder e saber aparecem necessariamente articulados na modernidade.
- <sup>7</sup> Termo segundo o qual Durkheim caracteriza ausência de valores; um dos efeitos principais do individualismo. Essa anomia leva a um total desmapeamento do mundo, levando ao suicídio; desertificação moral e simbólica que o indivíduo pode experimentar como uma vivência possível de se inserir na sociedade.

## Referências

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000
- \_\_\_\_\_. *Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000(b).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001(c).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS)*. Disponível em ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). Acesso em maio de 2001 (e).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Perfil das competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- DURKHEIM, E. O suicídio. In: GIANNOTTI, J. A. (Org). *Os Pensadores*. São Paulo: Abril, 1978.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- GEERTZ, C. *Local knowledge*. New York: Basic Books, 1983.
- GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere*. Turim: Einaudi, 1975.
- GUIZARDI, F. L. *Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- IGLÉSIAS, M. Pré-socráticos: físicos e sofistas. In: REZENDE, A. (Org). *Curso de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p. 11-17.
- LUZ, M. T. et al. *Relatório do VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Biomedicina*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n 168).
- MERHY, E. E.; BUENO, W. S.; FRANCO, T. B. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PESSANHA, J. A. M. Pré-socráticos: vida e obra. São Paulo: Nova Cultural, 2000 (Coleção *Os Pensadores*).
- PINHEIRO, R. 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. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.
- SILVA, R. V. B. *Promoção de Saúde: um conceito de Epidemiologia, uma das práticas do Projeto Alunos na Praça*. IN: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12., 2003, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. p. 133.
- SOLLA, J. J. S. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Revista CEBES - Saúde em Debate*, v. 51, p. 4-15, 1996.
- SOUSA, M. F.; FERNANDES, A. S.; ARAÚJO, C. L.; FERNANDES, M. C. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.
- STELET, B. P.; MACHADO, F. R. S. Vínculo: alternativas para as práticas de saúde. IN: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12., 2003, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. p. 131.
- TRAD, L. B. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.639-1.646, nov-dez, 2002.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

# As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento

ALDALACERDA<sup>1</sup>  
VICTOR VINCENT VALLA<sup>2</sup>

*A minha saúde depende do sentido que eu dou à minha vida. Posso estar doente, posso sofrer, mas se minha vida tem sentido, eu posso transformar esse sentimento.*

Jean-Yves Leloup

## 1. Introdução

O processo saúde-doença inclui tanto a dimensão coletiva, já que a saúde dos sujeitos é influenciada pela saúde do contexto no qual estão inseridos (OMS, 1986 e 1991), como a dimensão individual, pois o sofrimento e o adoecimento, embora possam ser compartilhados com outras pessoas, são experiências pessoais e singulares (Cassell, 1982; Luz, 1997; Sluzki, 1997; Leloup, 1998). E, apesar de ser na medicina que esses sujeitos, *a priori*, buscam alívio ou cura para seus sofrimentos, os profissionais de saúde não são preparados para lidar com essas questões, tendo em vista que o tema do sofrimento ainda é pouco discutido na própria formação acadêmica.

O modelo médico hegemônico a orientar grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde.

Se por um lado existe um limite da racionalidade do modelo biomédico em lidar com o sofrimento e com os aspectos subjetivos do adoecer humano, por outro, evidencia-se uma demanda crescente de atenção médica por agravos de natureza psicossocial. Estes se manifestam por um conjunto de síndromes e sintomas indefinidos, tais como ansiedade, angústia, depressão, dores generalizadas, entre outros. Esses agravos psicossociais, denominados por alguns autores de “sofrimento difuso” (Valla, 1999) ou “mal-estar difuso” (Luz, 2001), não configuram doença na lógica da biomedicina, porém, são as queixas mais frequentes dos pacientes que se dirigem aos serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o sofrimento (WHO, 2001).

Diante da complexidade dos problemas de saúde-doença, os profissionais de saúde nem sempre vão conseguir “curar” o adoecimento e sofrimento da população. No entanto, a atitude de cuidar do outro, incluindo a compaixão, a solidariedade e o apoio mútuo, pode contribuir para aliviar o impacto do adoecimento e sofrimento, ajudando os sujeitos a construir novas perspectivas para enfrentar seus problemas cotidianos (Vasconcelos, 1998; Boff, 2000; Lacerda & Valla, 2003). Dentro dessa visão, assim como a questão do sofrimento não deve se restringir à área sanitária, tendo em vista que muitos dos seus determinantes estão diretamente relacionados à conjuntura socioeconômica e política, a discussão da integralidade na atenção e no cuidado desses sujeitos também implica uma abordagem e um trabalho interdisciplinar.

Embora a integralidade tenha múltiplos sentidos e possa ser abordada em diferentes contextos (Mattos, 2001), no presente trabalho enfatizamos a discussão da integralidade no cuidado à saúde na perspectiva da relação entre os sujeitos. Partindo do pressuposto de que, para se compreender a natureza do sofrimento e adoecimento, é preciso transcender a dualidade corpo-mente e cuidar dos sujeitos como uma totalidade, o objetivo deste artigo é ampliar a discussão do sofrimento para além da dimensão física e apontar para o cuidado integral e suas práticas como uma proposta para aliviar o sofrimento dos sujeitos.

## **2. Uma Proposta de Superar as Dicotomias Existentes na Prática Clínica e Compreender a Natureza do Sofrimento**

A discussão do sofrimento e adoecimento implica compreender o processo de saúde-doença para além de suas causas e deve incluir a relação entre sujeito e ambiente como determinante das condições gerais de saúde. No ambiente coexistem diferentes fatores psicossociais: uns atuam como estímulos nocivos capazes de desorganizar o tecido social, enquanto outros, como o apoio social, protegem a saúde física e mental (Cassel, 1974 e 1976).

A desorganização do tecido social, produto de diversos fatores – tais como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, o risco iminente de desemprego, as precárias condições de vida, a urbanização, a violência ou a migração –, ocasiona a desagregação dos laços sociais, a dificuldade de constituir vínculos e a retração das redes de apoio social (Castel, 1993). Quanto mais os vínculos sociais se desfazem, maior a probabilidade de adoecimento e sofrimento (Cassel, 1976; Sluzki, 1997).

Embora a desorganização social esteja presente no cotidiano da população, seu impacto nas condições de saúde não é o mesmo entre os sujeitos. Essas

diferentes respostas dependem, entre outros, do grau de desordem causada nos relacionamentos sociais significativos e da capacidade dos sujeitos em lidar com as circunstâncias sociais (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Minkler, 1985). Portanto, a carência de contatos sociais e a sensação de não ter o controle da própria vida têm forte influência no processo de saúde-doença e sofrimento.

Nessa linha de raciocínio, diversos autores (Cassel, 1976; Cassell, 1982; Cohen & Syme, 1985; Leloup, 1997; Sluzki, 1997) acrescentam que os sujeitos percebem e reagem de modo distinto aos eventos, em função das características individuais e dos significados atribuídos às situações vivenciadas. É nesse sentido que determinados eventos de vida percebidos como situações estressantes para alguns sujeitos, capazes de desencadear sofrimento e adoecimento, podem não ter a mesma representação para outros.

Assim, uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e sofrimento para além do campo biológico e da patogênese implica que os profissionais de saúde, na sua prática clínica cotidiana, levem em consideração a maneira como cada sujeito ficou afetado em sua existência (Hahnemann, 1921; Kent, 1954) e os sentidos e significados que as situações representam na vida de cada um (Cassell, 1982; Cohen & Syme, 1985; Leloup, 1997). A literatura médica em geral associa o sofrimento à dor física, porém, a crítica de alguns autores é que o sofrimento não necessariamente se restringe à dimensão física dos sujeitos (Cassell, 1982; Leloup, 1997; Kirmayer, 1988; Barrios, 1999).

O sofrimento<sup>3</sup> físico, psíquico e espiritual pode ser entendido como “um estado de angústia severa” (Cassell, 1982, p. 640), e pode incluir tanto a dor física decorrente de determinadas patologias como outras “dores” que se expressam através da tristeza, medos, ansiedade, entre outros, referidos anteriormente como sofrimento difuso. Esta última categoria de sintomas pode estar presente quando os sujeitos se sentem fragilizados pela doença e assustados diante da ameaça da morte, ou nos que não têm doença orgânica mas se sentem adoecidos e sofrem devido às adversidades da vida.

Em geral, o sofrimento está relacionado a situações que os sujeitos percebem como uma ameaça à própria integridade e temem que alguma destruição no futuro possa vir a ocorrer (Cassell, 1982). Essa forma de entender o sofrimento se aproxima dos escritos de Winnicott sobre o medo do colapso<sup>4</sup> da estrutura de *self*, em que os sujeitos, diante da ameaça de colapso, do medo de desestruturação, vivem o sofrimento sob a forma de estados de angústia e pânico (Winnicott, 1974). O medo do colapso, prossegue o autor, embora vivido como ameaça iminente, é decorrente do medo de entrar em contato com as perdas sofridas no passado, nos estágios primitivos de desenvolvimento emocional, e que ainda não

puderam de fato ser experienciadas. Essas experiências de perda e sofrimento precisam ser identificadas para que possam então ser transformadas.

No entanto, a origem do sofrimento nem sempre é facilmente evidenciada e o que os profissionais de saúde acreditam ser a fonte do sofrimento pode não corresponder à percepção dos sujeitos. O sofrimento pode ser desencadeado pela perda dos papéis sociais e dos relacionamentos significativos, pelos eventos estressantes de vida, pelos efeitos das doenças – tais como os danos físicos, morais, emocionais e sociais, entre outros – e em geral costuma ser aliviado quando a situação que o desencadeou é identificada e pode ser controlada (Winnicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 2001). Dessa maneira, para o profissional identificar o sofrimento e ajudar os sujeitos, é preciso escutá-los, saber o que sentem e temem, e assim validar seus relatos.

Não obstante o sofrimento ser experienciado pelos sujeitos, a biomedicina procura objetivá-lo e restringi-lo à dimensão corporal (Cassell, 1982; Luz, 1988 e 1997; Camargo Jr., 1992). Em consequência, algumas intervenções médicas se tornam fontes de sofrimento ou agravam os problemas já existentes – por exemplo, o resultado de alguns tratamentos (entre os quais a quimioterapia, a radioterapia e a mastectomia) – pois, além de destruírem as células cancerosas, provocam danos físicos, emocionais e morais nos indivíduos expostos (Cassell, 1982). Esses pacientes temem não conseguir retornar às atividades do cotidiano, mas as questões subjetivas são relativizadas e os esforços se voltam para a cura das doenças orgânicas e das lesões corporais.

Esse modelo médico não leva em conta que “ser doente pode representar para o homem viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra” (Canguilhem, 1978, p. 64), que o exclui das atividades e papéis sociais que desempenhava, o faz sentir impotente, aumenta seus medos e inseguranças e ameaça sua própria integridade. Assim como o adoecimento e o sofrimento afetam a dimensão física, também podem destruir a parte secreta de cada um, isto é, os sonhos, projetos e esperanças. Todas essas dimensões dos sujeitos precisam ser consideradas no processo de saúde-doença (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988; Leloup, 1998; Barrios, 1999).

Segundo Cassel (1982), o desconhecimento da natureza do sofrimento é decorrente do dualismo corpo-mente, que não leva em consideração que o sofrimento é experienciado pelos sujeitos na sua totalidade, em todas as suas dimensões, e não apenas pelo seu corpo físico. Acrescenta que “não é possível tratar as doenças como algo que acontece somente no corpo sem o risco de prejudicar a pessoa” (Cassell, 1982, p. 640).

A partir dessa perspectiva, diversos autores (Cassell, 1982; Foss & Rothenberg, 1987; Damásio, 1996; Kirmayer, 1988; Leloup, 1997; Barrios, 1999; Lacerda, 2002) apontam que, para compreender a natureza do sofrimento e aliviá-lo, é preciso superar a dicotomia existente na teoria e prática médica entre mente-corpo e subjetividade-objetividade, centrando-se no sujeito humano sofredor e seu cuidado. Ao integrar essas dimensões no modelo de saúde-doença, saímos da centralidade da doença para uma abordagem mais ampla, que inclui os sujeitos e seus contextos. Desloca-se assim o foco de intervenção das práticas de saúde, da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes.

### **3. A Importância do Cuidado Integral no Processo de Adoecimento e Sofrimento**

O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo (Boff, 2000). Cuidar é, portanto, uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida.

Se, por um lado, o cuidado, seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de cuidado – ou seja, o descaso, o abandono – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo processo de adoecimento (Cassell, 1982; Sluzki, 1997; Boff, 2000). Nesse sentido, o cuidado pode ter papel importante diante do aumento de demanda de atenção médica decorrente do sofrimento difuso (Lacerda & Valla, 2003) e das dificuldades encontradas pela população para utilizar os serviços de saúde e obter atenção integral (Pinheiro, 2001).

O modelo biomédico, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as lesões e doenças, se afastou do sujeito humano sofredor enquanto totalidade viva, e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde (Luz, 1997). No entanto, mais do que um diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (Luz, 1997; Vasconcelos, 1998).

Vasconcelos (1998), ao desenvolver estudos com populações carentes, constatou que alguns problemas de saúde das famílias eram muito complexos para serem curados, mas não para serem cuidados. As famílias precisavam de cuidado e atenção especiais da equipe de saúde para ajudar a solucionar os problemas e sofrimento, o que leva o autor a afirmar que, embora muitas vezes não seja possível curar os sujeitos, não se deve renunciar a tratar ou cuidar dos mesmos, e dar-lhes o apoio necessário no momento de crise.

Para esse autor, cuidar não implica postergar os problemas e soluções, mas “ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, colocando-se à disposição de acordo com as condições exigidas pelos mesmos e não com aquelas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço” (Vasconcelos, 1998, p. 53). Acrescenta que muitas vezes “o sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família”.

Assim, em determinadas situações, é importante os profissionais manterem o cuidado sistemático dos pacientes e/ou famílias em sua busca de mudanças viáveis, apoiando-os e estimulando-os a enfrentar os problemas e dificuldades do cotidiano. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais e pacientes em rede, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o cuidado e fortalecer as redes de apoio social (Sluzki, 1997; Lacerda, 2002).

O cuidado, entendido como uma dimensão da integralidade, deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas (Ayres, 2001), pois inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos. Algumas práticas sanitárias, tais como o apoio social<sup>5</sup> e a homeopatia<sup>6</sup>, ao incluírem a dimensão do cuidado na forma de lidar com o sofrimento e adoecimento, propiciam aos sujeitos um estímulo à consciência crítica e maior controle da própria vida (Lacerda & Valla, 2003).

O sofrimento muitas vezes leva os sujeitos a perder a esperança na própria existência e a desacreditar que as situações possam se modificar. Por sua vez, encontrar um sentido para a própria vida e passar a ter o controle da situação torna os sujeitos capazes de transformar ou pelo menos aliviar o sofrimento, independentemente da sua causa (Winnicott, 1974; Cassel, 1976; Cassell, 1982; Leloup, 1997). É nessa perspectiva que a homeopatia e o apoio social, entre outras práticas de cuidado integral à saúde, estimulam a autonomia dos sujeitos e podem ajudá-los a ressignificar as experiências que causaram dor e sofrimento e atribuir-lhes novo sentido (Lacerda, 2002).

O modelo de saúde-doença-cuidado presente na homeopatia e no apoio social amplia a compreensão do processo de saúde-doença e sofrimento para além do viés biologicista, pois “a saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social: eis a essência do conceito de saúde-doença-cuidado” (Samaja, 2000, p. 41). Dessa forma, as teorias do apoio social e da homeopatia podem contribuir para ajudar a se pensar na reorganização das práticas sanitárias, tendo como base a integralidade na atenção e no cuidado à saúde (Lacerda & Valla, 2003).

#### **4. Homeopatia e Apoio Social: espaços de acolhimento e resignificação das experiências dos sujeitos e grupos sociais**

Os sujeitos estão constantemente expostos a situações estressantes, haja vista a precariedade econômica e a fragilidade dos laços e vínculos sociais atingir parcelas crescentes da população (Castel, 1993; Bourdieu, 1998). Um ambiente hostil, incapaz de prover as necessidades básicas, tais como alimentação, nutrição e moradia, e fornecer a sustentação ou *holding* (Winnicott, 1974) de que os sujeitos precisam, é um ambiente que propicia o adoecimento ou sofrimento. Por outro lado, um ambiente de acolhimento e que estimula o desenvolvimento do potencial humano é benéfico à saúde física e mental (Cassel, 1976; OMS, 1986 e 1991).

Conforme já mencionado, apesar de os sujeitos estarem expostos a situações que possam interferir nas suas condições de saúde, nem todos adoecem e sofrem diante das mesmas circunstâncias ou eventos de vida. Esse caráter condicional do adoecimento já foi apontado por diversos autores (Hahnemann, 1921; Kent, 1954; Cassel, 1976; Cassell, 1982; Cohen & Syme, 1985). Isso indica que o que propiciaria o adoecimento e sofrimento, além das circunstâncias ambientais, é como cada um, de acordo com seu referencial interno ou sua suscetibilidade pessoal, percebe as situações de vida e reage a elas.

Por meio das situações vivenciadas e registradas na memória, os sujeitos vão construindo e reconstruindo formas diferenciadas de sentir e perceber o mundo. Eles vão guardando tanto a memória de dor e sofrimento como de prazer e alegria. Ao vivenciar as situações do cotidiano, a memória das experiências passadas é evocada, mesmo que não seja consciente, e pode dar significado aos eventos presentes (Winnicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 1998; Valadares, 1999). Assim, adoecimento e sofrimento terão diferentes significados e serão mais ou menos ameaçadores, dependendo das experiências anteriores de adoecimento pessoal ou de pessoas próximas (Cassell, 1982).

Embora o processo de adoecimento e sofrimento trate de experiências individuais e singulares, é por meio da interação com o mundo externo, do relacionamento com os outros, que os sujeitos mobilizam o seu interno e conseguem expressar suas emoções e sentimentos (Cassell, 1982; Sluzki, 1997). Se privados do convívio e das relações sociais, os sujeitos perdem a referência interna, a sua identidade. Dentro dessa compreensão, Valadares chama a atenção para a importância das experiências vivenciadas e compartilhadas, assinalando que “vida de humano é memória e convívio. Sem um ou sem o outro, desaparece o Homem, embora possa ele, ainda, sobreviver inteiramente desafortunado” (Valadares, 1999, p. 19).

É nessa perspectiva que evidenciamos a importância da homeopatia e das práticas de apoio social como possíveis espaços de troca e acolhimento das demandas e necessidades dos sujeitos. Essas práticas de cuidado integral podem ajudar os sujeitos a renovar a memória e a história de vida, e atribuir novos sentidos e significados às experiências pessoais, modificando a percepção que tinham das mesmas.

A terapêutica homeopática, ao reequilibrar os sujeitos doentes, permite que os mesmos adquiram maior consciência de si próprios, das suas características individuais e do modo particular como se relacionam com o externo, favorecendo a mudança de atitude diante das situações que causavam adoecimento e sofrimento (Masi, 1982; Rosenbaum, 2000). Além disso, por ser centrada na terapêutica e não na diagnose, a homeopatia prioriza a relação médico-paciente e utiliza a narrativa como instrumento fundamental da consulta. Anamnese significa recordar, lembrar de algo esquecido (Leloup, 1998), e essa oportunidade de o sujeito se expressar e recordar sua história biográfica pode ser uma forma de reelaborar as experiências e dar novo significado às mesmas (Winnicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 1998; Valadares, 1999).

O apoio social também reforça a auto-estima e a confiança, permitindo que os sujeitos tenham maior controle das situações e enfrentem melhor as adversidades da vida. Por meio das atividades e grupos de apoio social, os sujeitos são estimulados a compartilhar as experiências pessoais, tanto as agradáveis como as que geraram dor e sofrimento, favorecendo, assim, a troca, a reciprocidade e o cuidado mútuo. Esse sentimento de pertencer a um grupo social e de encontrar ressonância com as dores dos outros auxilia os sujeitos a buscar possíveis soluções, que até então não haviam sido pensadas, para resolver ou aliviar os conflitos e sofrimento (Sluzki, 1997; Zimerman, 1997).

A homeopatia e o apoio social são evidenciados como práticas de cuidado centradas na totalidade dos sujeitos (Lacerda, 2002; Lacerda & Valla, 2003), estando, desse modo, em consonância com a abordagem de diversos autores que sugerem que a atitude de cuidar da saúde se dirige ao sujeito em sua totalidade, e não se restringe, portanto, a tratar do corpo físico enquanto organismo biológico (Cassell, 1982; Foss & Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Leloup, 1997; Barrios, 1999). É nesse sentido que Ayres ressalta (2001, p. 71) que “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente”.

Essas práticas de cuidado ampliam a concepção do processo de saúde-doença e sofrimento, ao saírem da centralidade da doença e trabalharem na perspectiva

da autonomia e da integralidade (Lacerda & Valla, 2003). Além disso, retomam o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções em saúde e, portanto, podem ajudá-los a construir “projetos de vida e felicidade” (Luz, 1997; Ayres, 2001).

Por sua vez, são práticas que apontam para relações que envolvem a solidariedade e o apoio mútuo. Podem ser vistas como uma oposição aos valores crescentes de individualismo, competição e isolamento presentes na sociedade (Luz, 2001), valores estes que tendem a esgarçar o tecido social e romper as redes sociais. Assim, no contexto de precariedade e isolamento, as práticas de homeopatia e o apoio social podem ser importantes ao atribuírem novos sentidos para as experiências de dor e sofrimento e contribuírem para tornar a vida mais significativa.

## 5. Considerações Finais

Discutimos aqui a importância de ampliar a compreensão do sofrimento e considerar as dimensões psicossociais do processo de saúde-doença e a singularidade do sujeito e seus modos de adoecer. O sofrimento é uma experiência dos sujeitos na sua totalidade, afetando todas as suas dimensões e não se restringindo apenas ao corpo físico. Esses aspectos subjetivos e objetivos precisam ser levados em consideração pelos profissionais de saúde.

O sofrimento pode ser desencadeado por múltiplos determinantes e está intimamente associado ao modo como os sujeitos percebem os eventos de vida, e a eles reagem, principalmente os eventos relacionados a mudanças imprevisíveis ou à desorganização e esgarçamento do tecido social (Cassel, 1976). O sofrimento é mais ameaçador quando sua origem é desconhecida, e pode ser minimizado quando o sujeito tem o controle da situação (Winicott, 1974; Cassell, 1982; Leloup, 2001).

Tendo em vista a complexidade do processo de saúde-doença e sofrimento, muitas vezes não é possível curar os sujeitos, o que não impede de cuidar dos mesmos (Vasconcelos, 1998). A atitude de cuidado implica acolhimento, envolvimento e compaixão, e embora a relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado seja assimétrica, devem estar presentes a interação, a troca e o respeito pelos diferentes saberes.

Defendemos o cuidado não mais restrito à dimensão técnica e aos cuidados tradicionais de higiene, mas como uma dimensão da integralidade das ações em saúde. Entendemos que as práticas de cuidado integral, como a homeopatia e o apoio social, propiciam espaços de acolhimento e podem aliviar o sofrimento,

ao estimular a consciência crítica e a autonomia, e permitir que os sujeitos se expressem e atribuam novos sentidos e significados às experiências de vida. Nessa perspectiva, as teorias do apoio social e da homeopatia podem ser úteis para se repensar e redirecionar as práticas sanitárias voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

A homeopatia e o apoio social trabalham com o conceito de saúde como vitalidade, e apontam para a possibilidade de se transcender a dualidade corporeamente e cuidar dos sujeitos na sua totalidade. A dicotomia entre corpo e mente se torna um grave problema na medicina, ao limitar o conhecimento da natureza dos sujeitos e restringir a compreensão do sofrimento humano (Cassell, 1982; Damásio, 1996).

Embora alguns profissionais de saúde não tenham a visão de totalidade dos sujeitos e nem a compreensão mais ampla do processo de sofrimento e adoecimento, isso não os impede de cuidar. Os sujeitos precisam ser ouvidos e respeitados no que concerne às suas necessidades em geral e ao seu sofrimento, considerando-se que essas pessoas são detentoras de um saber próprio construído através das experiências concretas de vida, de saúde e adoecimento (Valla, 1998). No entanto, alguns profissionais de saúde, ao normatizarem padrões e regras saudáveis para seus pacientes, priorizam o saber técnico-científico em detrimento do saber popular, e muitas vezes abrem mão do cuidado de seus pacientes.

É preciso, portanto, levar em consideração que existe um processo de adoecimento e sofrimento que não se restringe à dimensão física dos sujeitos, e que pode destruir seus projetos de vida e sua relação com o mundo. Nessa compreensão ampliada e por meio de um trabalho integrado em rede, os profissionais de saúde atuam como cuidadores e podem ajudar os sujeitos a reelaborar e ressignificar as experiências que causaram dor e sofrimento, a ter maior controle das situações e a encontrar um sentido e coerência de vida.

## Notas

- <sup>1</sup> Médica homeopata e mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora orientadora do curso de Autogestão em Saúde da ENSP/FIOCRUZ - Educação à distância. Pesquisadora da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq. Pesquisadora do LAPPIS e integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.
- <sup>2</sup> Doutor em História pela USP. Pesquisador titular do Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade da ENSP/FIOCRUZ. Coordenador da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq. Pesquisador do LAPPIS e integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.

- <sup>3</sup> Sofrer origina-se do latim *suffer*, que significa suportar a dor física ou moral.
- <sup>4</sup> Winnicott utiliza o termo *colapso* para descrever uma falha na organização de uma defesa do ego.
- <sup>5</sup> Neste trabalho, ao falarmos de apoio social, estamos nos referindo às diversas práticas em saúde, não mais restritas ao modelo biomédico, e que apontam para o enfrentamento dos problemas de saúde-doença via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos.
- <sup>6</sup> Para aprofundar as analogias entre apoio social e homeopatia, ver Lacerda (2002) e Lacerda & Valla (2003).

## Referências

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 63-72, 2001.
- BARRIOS, P. C. Plan de salud personal: una vía para reapropiarnos de nuestros espacios internos. IN: CURSO NACIONAL TEORICO PRACTICO DE APLICACIÓN CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA, II., Caracas, 1999. *Resumos...*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999. p. 159-174.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CAMARGO Jr., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, v. 64, p. 1.040-1.043, 1974.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, v. 104, p. 107-123, 1976.
- CASELL, 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 indignância à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 21-48.
- COHEN, S.; SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: COHEN, S; SYME, L. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 3-22.
- FOSS, L.; ROTHENBERG, K. *The second medical revolution*. From Biomedicine to Infomedicine. Boston: New Science Library, 1987.
- DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- HAHNEMANN, S. *Organon of medicine*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1921.
- KENT, J. T. *Lectures on homoeopathic philosophy*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1954.
- KIRMAYER, L. J. Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In: LOCK, M.; GORDON, D. (Org.). *Biomedicine examined*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988. p. 57-93.
- LACERDA, A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- LACERDA, A. & VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2003. p. 169-196.
- LELOUP, J. Y. Integração, centralidade e saúde total. In: LIMA, L. M. A. (Org.). *O espírito na saúde*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 15-21.

- \_\_\_\_\_. *O corpo e seus símbolos*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Carência e plenitude*. elementos para uma memória do essencial. Petrópolis: Vozes, 2001.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- \_\_\_\_\_. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- \_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 17-37.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MASI, A. Primeiro Curso de Homeopatia Unicista. In: INSTITUTO HAHNEMANNIANO DO BRASIL (Org.). *Conferências Proferidas pelo Dr. Alfonso Mais*. Rio de Janeiro, p. 1-17, 1982.
- MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, n. 12, p. 303-313, 1985.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a promoção de la salud. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1986. p. 367-372 (*Publicación Científica*, n. 557).
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaración de Sundsvall: entornos propicios para la salud. In: BUSS, P. (Org.). *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de la salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: ENSP, 1991. p. 183-188.
- PINHEIRO, R. 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. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 65-112.
- ROSENBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VALADARES, J. C. Espaço-ambiente e comportamento humano. In: FILHO, L. E. M. (Org.). *Meio ambiente e educação*. Rio de Janeiro: Gryphus, 1999. p. 15-43.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p.7-18, 1998.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 15, p. 7-14, 1999.
- 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.
- ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. (Org.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997(a). p. 25-31.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health and brain disorders*. Disponível em <<http://www.who.int/en/>>. Acessado em 2001.
- WINNICOTT, D. W. Fear of breakdown. Tradução livre de Jorge Valadares. *International Review of Psychoanalysis*, n. 1, p. 103-107, 1974.

# Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma Proposta de Investigação Voltada para as Classes Populares

VICTOR VINCENT VALLA<sup>1</sup>  
MARIA BEATRIZ GUIMARÃES<sup>2</sup>  
ALDA LACERDA<sup>3</sup>

*A minha saúde depende do sentido que eu dou à minha vida. Posso estar doente, posso sofrer, mas se minha vida tem sentido, eu posso transformar esse sentimento.*

Jean-Yves Leloup

## 1. Introdução

O Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSPSA/FIOCRUZ), por meio da linha de pesquisa Educação, Saúde e Cidadania, abriga um núcleo de pesquisadores e professores voltados para o estudo das questões de pobreza, religiosidade popular e saúde. Este, ao longo de dez anos, tem acumulado número substancial de orientações de dissertações de mestrado e teses de doutorado, como também a publicação de artigos e livros. Esse acúmulo de estudos e investigações aponta para a importância de se aprofundar as possíveis relações existentes entre os campos da saúde e da religião na compreensão do processo de saúde-doença das classes populares.

O presente trabalho é fruto de uma parceria com o LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde) e tem como objetivo apresentar a proposta de investigação referente à pesquisa a ser realizada sobre religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde nas classes populares. Essa discussão se torna relevante diante dos limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde e da necessidade de se compreender os caminhos das classes populares para enfrentar seus problemas de saúde-doença.

Os graves problemas de desemprego, a distribuição desigual de renda, a violência crescente e a retração das redes sociais são alguns dos fatores, entre outros, que contribuem para os agravos de saúde da população e indicam os

limites do sistema de saúde atual. Nesse ciclo vicioso de pobreza, isolamento e adoecimento, cresce a demanda de atenção médica por agravos psicossociais. Grande parte da população apresenta queixas de ansiedade, angústia, depressão, tristeza, medos, dores generalizadas, denominadas por alguns autores de “sofrimento difuso” (Valla, 1999). Cabe, portanto, questionarmos se a maneira como o atendimento da saúde pública se estrutura no Brasil é capaz de lidar com o sofrimento difuso das classes populares.

Se, por um lado, a análise da conjuntura socioeconômica e política atual evoca um pessimismo diante da situação de miséria radical e da dificuldade em eliminar a pobreza, por outro, cientistas como o professor Milton Santos acreditam que a saída dessa crise passa justamente pelas classes populares. Esse professor fez a seguinte afirmação em palestra na Escola Nacional de Saúde Pública, em 1999: “Na reconstrução do Brasil, cabe a crença de que o caminho a ser seguido vai ser indicado pelas classes populares”.

Em consonância com a abordagem de Milton Santos, evidencia-se que a população, nesse contexto de privação e isolamento, vem indicando outros caminhos para ajudar a resolver seus problemas de saúde e aliviar o sofrimento. Os caminhos apontam para formas terapêuticas de atenção e cuidado integral à saúde, não mais restritas ao modelo médico hegemônico. Muitas dessas formas terapêuticas se inserem na categoria de apoio social, tais como os grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos em organizações não-governamentais, associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de promoção da saúde, entre outros.

O apoio social pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. Trata-se de um processo recíproco – isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio –, o que permite que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma (Cassel, 1976; Minkler, 1985; Valla, 1999). É nesse processo que se apreende que as pessoas necessitam umas das outras, especialmente no que se refere à dimensão da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

Atualmente pode-se constatar a existência de diversas atividades e práticas de apoio social em nossa sociedade. No entanto, o estudo da questão religiosa como forma de apoio social vem sendo enfatizado devido à busca crescente das classes

populares nessa direção (Valla, 2001 e 2002). A procura pelas religiões populares pode sinalizar a constituição e formação de redes de apoio social como forma de se defenderem de um sistema econômico e político, o chamado *capitalismo selvagem*, que tende a excluí-los da sociedade mais ampla (Parker, 1996; Valla, 2001).

Trabalhar com apoio social considerando a complexidade que envolve as questões sanitárias pressupõe um trabalho integrado em rede, seja uma rede de usuários ou de profissionais de saúde. A importância da articulação dos profissionais em rede, com enfoque inter ou transdisciplinar, amplia o conhecimento, a troca de experiências e o cuidado integral à saúde. Assim sendo, a pesquisa que estamos desenvolvendo cumpre esse papel, na medida em que integra o componente práticas de saúde, sociedade civil, cultura e cidadania do LAPPIS (LAPPIS, 2004).

A teoria do apoio social trabalha com a premissa de que a origem da doença, assim como sua resolução, está diretamente relacionada às emoções, indicando que essa teoria inclui a idéia antiga da totalidade corpo-mente (Valla, 1999; Lacerda, 2002). Levando-se em consideração a importância de se investigar o papel das emoções no processo de saúde-doença das classes populares e o crescimento da busca religiosa, principalmente das igrejas evangélicas e pentecostais, os objetivos da pesquisa consistem em identificar os problemas de saúde da população que demandam a busca pelas igrejas evangélicas e como essas igrejas lidam com as emoções e os problemas de saúde-doença das classes populares.

Nosso estudo se concentra na Leopoldina, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, pelo fato de ser um local em que predominam a miséria e a pobreza, com grande número de favelas e conjuntos habitacionais de baixa renda. A escolha pelas religiões evangélicas e pentecostais se deveu a sua representatividade nas classes populares, na medida em que se evidencia, nos últimos anos, o grande crescimento desse segmento religioso (IBGE, 2000. Além disso, algumas dessas igrejas vêm desenvolvendo, há muitos anos, trabalhos de assistência, os quais têm estreita relação com os problemas de saúde da população (Valla, 2002).

A metodologia utilizada tem como ferramenta a História Oral (Thompson, 1992) que, neste caso, consiste na constituição de um acervo de depoimentos sobre a história de vida de aproximadamente dez pastores de igrejas evangélicas e pentecostais. Esses pastores convivem nas comunidades onde está sendo realizada a pesquisa e pertencem a uma associação que inclui as igrejas Batista, Assembléia de Deus e Presbiteriana. Em um segundo

momento, faremos entrevistas com alguns fiéis que participam dos cultos religiosos das igrejas dirigidas por esses pastores.

## **2. A Necessidade de Investigar o Papel das Emoções e do Apoio Social no Processo de Saúde-Doença das Classes Populares**

Certamente a vasta rede de saúde pública (centros municipais de saúde e hospitais públicos) é de suma importância para as condições de vida das classes populares. Já se sabe que há uma crença dessa população de que os serviços públicos são importantes para sua saúde, mas há também a percepção de que muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos nesses locais. É nessa linha de raciocínio que McEwen (1998) aponta para o fato de que a medicina não pode resolver alguns problemas de saúde decorrentes da pobreza, e ressalta que, de acordo com algumas pesquisas, quanto mais pobre uma pessoa, pior é sua saúde, não importando se ela tem ou não acesso a tratamento médico (McEwen, 1988; Bonalume Neto, 1998).

Acresce a isto a existência de um paradoxo entre os anseios da população em relação à resolutividade de seus problemas de saúde no âmbito dos serviços públicos e o atendimento disponível. Os pacientes valorizam a atenção médica, mas o distanciamento da relação profissional-paciente criou uma barreira cultural para muitos sujeitos e grupos sociais que demandam serem efetivamente tratados e não apenas diagnosticados (Luz, 1997).

O tratamento que os pacientes pedem implica o cuidado integral e a atenção ao sujeito enfermo – vistos como indispensáveis no processo de recuperação da saúde. Entretanto, o cuidado foi abandonado pela maior parte dos profissionais de saúde. Os médicos da biomedicina que atuam nos serviços públicos, em geral, não se atêm ao discurso de seus pacientes, pois isto requer tempo, algo de que eles não dispõem. É verdade que a lógica econômica imposta aos serviços públicos disponibiliza pouco tempo para cada consulta, mas temos que considerar também que faz parte da racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do paciente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas encontrar a doença no organismo, por meio do exame clínico e de instrumentos técnicos.

Assim, diante dos limites do alcance do sistema de saúde, seja na questão do acesso ou da resolutividade, a população vem buscando saídas “alternativas” para suas queixas. Essas saídas “alternativas” se referem tanto às terapias que buscam resolver as queixas de saúde por procedimentos que não são biomédicos,

quanto às diversas atividades de solidariedade e apoio social que possam resultar, intencionalmente ou não, em melhorias de saúde (Valla, 1999; Lacerda, 2002).

Embora existam diversas atividades e práticas de terapêuticas não-convencionais presentes na atualidade, tais como o *tai-chi-chuan*, ioga, meditação, *shiatsu*, entre outras, muitas ainda não estão amplamente disponíveis nos serviços públicos de saúde e, devido ao seu custo financeiro, tornam-se viáveis apenas para as classes com melhores condições de vida, às quais se poderia chamar de “classe média globalizada” (Valla, 2002).

Desse modo, apesar de o apoio social ser benéfico para os indivíduos, independentemente da classe social, ele pode ser identificado como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares que convivem diretamente com os problemas decorrentes da pobreza e têm acesso restrito às práticas terapêuticas em saúde. É nesse sentido que Luz (1996) assinala que ninguém na realidade está satisfeito com os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, porém as classes altas e médias têm mais acesso a recursos para lidar com suas queixas.

Nesse cenário é importante valorizar o modo como as classes populares vêm se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas do cotidiano por meio das atividades e práticas de apoio social, como a organização de alguns grupos religiosos (Valla, 1999; Lacerda, 2002). Uma das premissas é que, por falta de recurso, as classes populares procuram centros religiosos para solucionar seus problemas de saúde.

Nessa perspectiva, as religiões evangélicas e pentecostais, apesar de coexistirem com o mundo moderno, resistem à marginalização que o capitalismo impõe e fazem frente às dificuldades que as classes populares enfrentam em seu dia-a-dia, dificuldades que não vêm sendo resolvidas junto ao governo ou partidos políticos. A falta de apoio institucional em época de mudanças sociais intensas faz com que essas igrejas ofereçam um “potencial racionalizador”, isto é, um sentido para a vida (Machado, 1996).

É preciso ter cuidado ao interpretar as ações das classes populares e sua relação com a religião, pois o que pode ser visto como tentativa de resolver exclusivamente um problema material, na verdade pode ser resultado da vontade de viver a vida mais plenamente possível (Valla, 2002). Desse modo, a busca religiosa pode ser o resultado da procura por uma explicação, um sentido que torne a vida mais coerente, o que por sua vez é uma das propostas do apoio social (Cassell, 1976).

A teoria do apoio social se fundamenta na relação entre apoio mútuo, sentido de controle da própria vida e o estado de saúde dos sujeitos, e aponta para a compreensão do sujeito na sua totalidade de corpo e mente (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Barrios, 1999; Valla, 1999; Lacerda, 2002). É nessa abordagem que a discussão do apoio social amplia a concepção de saúde-doença para além do viés biologicista e abre espaço para se repensar a questão das emoções e do cuidado integral na origem e resolução dos problemas de saúde.

Diversos autores (Goleman, 1995 e 1999; Spiegel, 1997; Csordas, 2002) vêm discutindo a questão das emoções e sua relação com a saúde, a partir de exemplos de apoio social e/ou práticas terapêuticas que procuram fortalecer a auto-estima, ressignificar as situações de vida e desenvolver a paz de espírito. No entanto, o foco desses trabalhos em geral está voltado para populações com melhores condições de vida (Valla, 2002). As recomendações que Goleman (1995) faz em relação aos jovens de bairros pobres – mães solteiras e viciados em drogas – são certamente inócuas para a realidade brasileira.

Devido à carência de literatura e pesquisas sobre o papel das emoções no processo de saúde-doença das classes populares, entendemos ser relevante aprofundar a discussão em nossa pesquisa. O caminho da espiritualidade e da religião vem, na maioria dos casos, junto com a busca de alívio ou cura dos seus sofrimentos (Valla, 2002). Parece-nos, então, que não cabe um julgamento de antemão sobre os caminhos escolhidos pelas classes populares, mas considerar e analisar a razão da escolha desses caminhos.

### **3. A Busca das Classes Populares pelas Igrejas Evangélicas**

A busca da religião pelas classes populares é bem antiga, remonta à época da colonização e pode ser compreendida como um recurso encontrado para se obter um sentido de vida, de identidade e orientação diante das inúmeras dificuldades e incertezas presentes no dia-a-dia (Parker, 1996). Desse modo, ressalta Parker (1996), a busca do sobrenatural estaria mais relacionada com as soluções imediatas de seu cotidiano do que com a representação da salvação depois da morte. Isto se deve ao fato de que, com a carência material, as classes populares vivem no *imediatismo* ou *presentismo*, ou seja, as experiências vividas os levam a se preocupar em prover o dia de hoje, o aqui e agora, já que o amanhã é incerto (Valla, 1998; Parker, 1996).

É bem verdade que as camadas populares sempre mantiveram a crença em divindades e adesões às religiões tradicionais, como o catolicismo, o judaísmo e o protestantismo. O que constatamos como fazendo parte de uma nova configuração é o aumento significativo da procura, por parte dessa população, de religiões não-convencionais, como as evangélicas e pentecostais, e o grau de intensidade de adesão a essas religiões.

O crescente aumento de novas igrejas evangélicas, atualmente se multiplicando pelo Brasil afora, é fenômeno registrado pelos censos mais recentes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), as igrejas evangélicas cresceram mais que o dobro do ritmo da população brasileira durante mais de 20 anos. De 1970 até 1980, essas igrejas cresceram 5,06% ao ano, enquanto a população cresceu 2,48% ao ano. De 1980 a 1991, o crescimento das igrejas continuou numa taxa semelhante, 5,18% ao ano, apesar de o crescimento da população ter diminuído para 1,93% ao ano.

Chama atenção, nesse processo, além do grande aumento de igrejas evangélicas, a multiplicação de novas denominações religiosas criando ramificações da grande “árvore-mãe” evangélica. Os dados do Censo de 2000 mostram que foram citadas cerca de 1.200 novas denominações religiosas e o Instituto de Estudos da Religião (ISER) diz que, destas, de 60% a 70% são igrejas pentecostais evangélicas (Fernandes, 1998).

“Evangélico” é um termo genérico que cobre o conjunto das igrejas protestantes. São consideradas pentecostais as igrejas que valorizam os chamados “dons do Espírito Santo”, como a capacidade de orar em línguas desconhecidas, a profecia, a ênfase ao dom de cura, além de cultos cheios de expressões de êxtase (Oro, 1999).

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 crentes. Há reivindicação para que haja uma “experiência emotiva” e esse desejo aponta para o encanto e alegria demonstrados nos cultos. Para muitos observadores da classe média, a contradição é tratar-se de pessoas que freqüentemente vivem na miséria, na doença e em ambientes repletos de violência e que, no entanto, experimentam a intensa alegria de estar vivas.

Esse autor relata ainda que alguns pastores acreditam que as curas tratam de males que geralmente não são físicos e que se localizam na esfera psicossomática, e cuja resolução não passaria por medicamentos. Freqüentemente se trata 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 das pessoas e favorece o apoio emocional, propiciando aumento da auto-estima por meio de palavras e gestos de conforto e solidariedade.

Outras religiões que demonstram uma discussão mais intelectualizada acabam encarando os cultos pentecostais como um misticismo arcaico. A idéia corrente na sociedade é que o pentecostal vire suas costas para o “mundo” e entre no processo de alienação na vida. No entanto, ressalta Corten (1996), muitas vezes o que ocorre é virar as costas para o mundo capitalista de competição e modernização para construir redes de solidariedade nas quais se doam roupas e alimentação e se acham empregos para os pentecostais mais necessitados.

Trabalhar com a questão da religiosidade nas classes populares nos remete à discussão desenvolvida por Martins (1989) sobre “a crise de interpretação é nossa”. O autor aponta para as dificuldades que os profissionais, técnicos e professores, geralmente oriundos da classe média, têm em compreender a fala e o fazer das classes populares. Deve-se levar em conta que os membros das classes populares produzem conhecimentos e fazem uma avaliação da realidade e sabem, portanto, qual o melhor caminho, independentemente da nossa compreensão das suas escolhas (Martins, 1989; Valla, 1996).

Nesse sentido, entender o pensamento dos pentecostais não depende de estarmos de acordo ou não. Nós, os mediadores, professores, técnicos e pesquisadores, mesmo com todas as possíveis dificuldades materiais, representamos o espaço da garantia e do privilégio, e os pobres representam o espaço da sobrevivência.

#### **4. O Cuidado Integral e o Campo Religioso da Pesquisa**

Diante da grande procura pelas igrejas evangélicas e pentecostais por parte das classes populares, conforme mencionado acima, julgamos importante compreender esses modos diversificados de ver o real e o que essas pessoas buscam nesses espaços.

No primeiro momento da pesquisa, estamos partindo do pressuposto de que a procura por essas religiões pode sinalizar um tipo de apoio social para as classes populares. A discussão do apoio social aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença via estabelecimento de relações

que envolvem a solidariedade e o cuidado, enfatizando a importância dos relacionamentos sociais na promoção da saúde física e mental (Lacerda, 2002; Lacerda e Valla, 2003).

É nesse sentido que o tema do cuidado assume relevância nesta discussão. O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas sim a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (Boff, 2000). Requer uma atitude de envolvimento, de preocupação e de responsabilização para com o próximo, pois compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida. A relação não é de domínio *sobre*, mas de convivência, e sua centralidade não é ocupada pelo *logos* (razão), mas pelo *pathos* (sentimento).

A palavra cuidado, de acordo com Boff (2000), deriva do latim *cura*, usada em contextos de relações de amor e de amizade. Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, tendo o mesmo sentido de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação.

No mesmo sentido, Foucault (1985) entende o cuidado como uma forma de se relacionar com o mundo, e assinala que, atualmente, o cuidado tem assumido uma perspectiva individualista, em que a necessidade de cuidar de si e do corpo predomina sobre as outras formas de cuidado, passando a se constituir em prática social. Esse individualismo, prossegue o autor, remonta ao mundo helenístico e romano, onde se conferia cada vez mais espaço aos aspectos privados da existência, aos valores da conduta pessoal e ao interesse que se tem por si próprio.

Os cultos evangélicos podem ser compreendidos como espaços de convívio e de práticas de apoio social, via estabelecimento de relações sociais sistemáticas. No entanto, as relações sociais vividas no seio dessas religiões não podem ser consideradas movimentos sociais, no sentido de representarem uma força de modernização capaz de provocar mudanças nas estruturas sociais da sociedade como um todo (Löwy, 2000). É nesse sentido que nossa compreensão do tema do cuidado entre os evangélicos se aproxima da proposta por Foucault, isto é, numa perspectiva individualista, na qual os fiéis são estimulados a cuidarem de si por meio de estratégias individualizantes. Tal como o sociólogo Max Weber (1985) havia demonstrado em seus estudos sobre a ética protestante, as igrejas evangélicas não estimulam a ação coletiva, mas promovem estratégias individuais de mobilidade ascendente, por meio de uma nova conduta moral, bem afinada com o “espírito capitalista” de competição individual e acumulação privada.

Dentro dessa perspectiva, apesar de essas igrejas não estimularem a ação coletiva, não podemos menosprezar o efeito terapêutico que a participação nos cultos propicia aos freqüentadores: seja porque cuida dos fiéis por meio do apoio social/emocional oferecido pelas palavras de conforto e estímulo, sem culpabilizá-los por suas atitudes, ou por propiciar um ambiente acolhedor, no qual os sujeitos são ouvidos em suas queixas e problemas, ou ainda pela formação de uma rede social, em que se divulgam as ofertas de trabalho e emprego.

Importante motivo que leva as pessoas a procurar esses espaços é o fato de chefes religiosos atribuírem sentido ao sofrimento dos adeptos, ou seja, eles oferecem princípios de explicação aos fiéis para as coisas que aparecem desordenadas em suas vidas. (Figueira, 1996). Como exemplo, podemos nos referir ao modo como os pentecostais interpretam os comportamentos desviantes, tais como traição, agressão física, alcoolismo e outros vícios. Esses desvios são entendidos como sintomas de uma crise espiritual decorrente da ação de espíritos malignos ou forças demoníacas que atuam na vida do indivíduo, destruindo sua personalidade – em consequência, a pessoa age de maneira incontrolável, agredindo seus familiares.

Nessa visão, somente a religião poderá curá-lo, ao exorcizar as forças demoníacas (Machado, 1996). Conforme Figueira (1996) ressaltou, a religião não impede que circunstâncias aterradoras ocorram na vida dos indivíduos, mas à medida que atribui significado a tais acontecimentos fornece recursos para controlar o sofrimento que elas causam. Do mesmo modo, nas igrejas as pessoas encontram respostas para seus problemas e se sentem satisfeitas com isso. Entretanto, isto não quer dizer que os problemas sejam resolvidos de fato.

O reforço à fé do praticante não pode deixar de ser mencionado como importante estratégia de resistência à pobreza. A fé em Deus redimensiona a vida do fiel, dando-lhe abrangência maior do que a vida difícil que se leva no dia-a-dia, e o força a lutar por melhores condições de vida. A fé, ao oferecer um “senso de coerência”, dá sentido à vida do crente e, com isso, não deixa a esperança morrer. Esse sentimento é visto como mais importante do que os milagres que porventura as religiões possam oferecer. O testemunho, muito comum nos cultos evangélicos, é a demonstração de sua fé. E a fé é anterior à cura – aliás, é condição para a cura, pois “a pessoa não tem fé porque foi curada, mas ela é curada porque tem fé” (Figueira, 1996, p. 68).

Nas igrejas pentecostais, outra estratégia para fortalecer a auto-estima é o empenho em construir uma identidade de pessoa decente ou “gente de bem”. Como Mariz (1994) assinala, numa situação de extrema pobreza, a auto-estima

ou dignidade pessoal é muito abalada. Portanto, a preocupação dos evangélicos de modo geral e dos pentecostais em se vestirem com decência, usando roupas discretas e “sérias”, é vista como uma forma de se protegerem socialmente e não serem tratados como vadios ou ladrões.

Por outro lado, Illich (1975), ao abordar a questão do cuidado, faz uma crítica ao cuidado heterônomo, expropriador da saúde dos indivíduos, presente na medicina atual. O autor associa saúde ao grau de liberdade de lutar e de se autoafirmar que um indivíduo possui. Nesse sentido, entende que a medicina atual, pautada no desenvolvimento tecnológico, expropriou a saúde dos indivíduos, na medida em que delegou para si o saber referente ao cuidado com a saúde, desqualificando as práticas tradicionais e/ou alternativas, deixando o homem moderno despreparado para lidar com o adoecimento, o sofrimento e a morte.

Acresce-se a isto o fato de que, na medicina dominante em nossa sociedade, especialmente no atendimento público de saúde, em geral os sujeitos são vistos como portadores de doenças, não sendo valorizados em sua humanidade e individualidade. Outro fator agravante é o fato de que a medicina privilegia os aspectos físicos/biológicos da doença, em detrimento dos fatores subjetivos que influenciam no adoecimento dos sujeitos, esfera restrita aos atendimentos psicológicos.

As religiões, por outro lado, comungam da idéia de que os seres humanos são compostos por uma unidade formada por um corpo físico e um espírito ou alma que lhe dá vida. Assim, se a prevenção, o tratamento e a recuperação das doenças não são apenas questões do corpo e sim, como propõe a teoria do apoio social, questões da unidade corpo-mente, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas hoje signifique alguma espécie de busca pela resolução dessas questões (Valla, 2002).

## 5. Considerações Finais

O presente trabalho é uma proposta de investigação interinstitucional em parceria com o LAPPIS e deve servir como objeto de reflexão e questionamento. Julgamos importante problematizar e discutir os aspectos teórico-metodológicos que vêm nos preocupando em nossas pesquisas. Neste sentido, há questões que merecem ser aprofundadas, e uma delas se centra nas emoções e se refere a uma das principais premissas da teoria do apoio social: a emoção está mesmo

relacionada com o surgimento e com a superação do sofrimento e/ou da doença? Outra questão: a fé, conforme afirma Parker (1996), pode fornecer energia positiva que permitiria aos fiéis enfrentar de maneira pragmática seus impasses?

Diante dos limites dos serviços públicos de saúde em lidar com a demanda crescente de adoecimento profundo da população, a busca pelas religiões evangélicas pode ser entendida como uma estratégia para enfrentar os problemas cotidianos, principalmente no que se refere às condições de saúde. Essa manifestação da sociedade civil indica que a solução das pessoas pode passar pelo apoio das famílias e pelas redes de solidariedade. Portanto, a busca da população se dá a partir de um impasse, seja em decorrência das dificuldades de acesso e resolutividade no âmbito dos serviços públicos de saúde ou da necessidade de encontrar um sentido de vida nesse contexto de pobreza e precariedade.

Além disso, temos também evidenciado o impasse do Estado, da Saúde, da Educação, da Academia, entre outros, em lidar com a pobreza aguda e a desigualdade absoluta. A literatura existente sobre a discussão do papel das emoções no processo de saúde-doença da população não tem como foco as classes populares, e grande parte dos estudos ainda está voltada para as classes média e alta.

Nessa perspectiva, esta pesquisa pode trazer alguma contribuição, pois a associação de pastores, acima referida, tem algumas características singulares em comparação com as igrejas evangélicas e pentecostais mais conhecidas e estudadas, que é o fato de os pastores conviverem com as populações pobres e, dessa forma, compartilharem com esses moradores alguns dos perigos e incertezas que os afligem. Esses pastores vivenciam os problemas existentes na comunidade, o que nos leva a questionar e investigar como a qualidade de convivência entre pastores e fiéis influi na forma de cuidado que é oferecida.

Essa situação é atípica em relação ao que ocorre em grande parte das igrejas evangélicas e pentecostais, também chamadas de religiões do espetáculo ou performáticas, em que os pastores lidam essencialmente com fiéis pobres, porém não necessariamente convivem nas comunidades e, portanto, não vivenciam os mesmos problemas enfrentados por essa parcela da população.

As questões levantadas são alguns dos pontos metodológicos que representam dúvidas a serem perseguidas na investigação atualmente em andamento.

## Notas

- <sup>1</sup> Doutor em História pela Universidade de São Paulo; pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; coordenador da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq; pesquisador do LAPPIS e integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas das instituições de saúde”.
- <sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisadora visitante do convênio FIOCRUZ/FAPERJ; pesquisadora das linhas de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania” e “Racionalidades Médicas”, ambas do CNPq.
- <sup>3</sup> Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; pesquisadora da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq; pesquisadora do LAPPIS e integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas das instituições de saúde”.

## Referências

- BARRIOS, P. C. Plan de salud personal: una vía para reapropiarnos de nuestros espacios íntimos. IN: CURSO NACIONAL TEORICO PRACTICO DE APLICACIÓN CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA, II., *Resumos*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999. p. 159-174.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BONALUME NETO, R. Pesquisa revela “mapa” do estresse. *Folha de São Paulo*, p. 14-15, 15 jan. 1998.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, v. 104, p. 107-123, 1976.
- CASELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 639-645, 1982.
- COHEN, S. & SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *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.
- CSORDAS, T. J. *Body/meaning/healing*. New York: Palgrave, 2002.
- FERNANDES, R. C. *et al.* *Novo nascimento*. Os evangélicos em casa, na igreja e na política. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.
- 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.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade 3: cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GOLEMAN D. (Org). *Emoções que curam*. Conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- GOLEMAN D. *Emotional intelligence*. Bantam Books: New York, 1995.

Victor Vincent Valla, Maria Beatriz Guimarães e Alda Lacerda

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Dados do Censo de 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

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. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ ABRASCO, 2003. p. 169-196.

LACERDA, A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. Dissertação. 2002 (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (LAPPIS). Disponível em <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em maio 2004.

LÖWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1. p. 13-43, 1997.

LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo: Dynamis, 1996.

MACHADO, M. D. C. *Carismáticos e pentecostais: adesão religiosa na esfera familiar*. Campinas: Autores Associados, 1996.

MARIZ, C. Alcoolismo, gênero e pentecostalismo. *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, v. 16/3, 1994.

MARTINS, J. S. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: \_\_\_\_\_. *Caminhada no chão da noite*. São Paulo: Hucitec, 1989.

McEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, v. 338, n. 3, p. 170-171, jan.1988.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, n. 12, p. 303-313, 1985.

MONTENEGRO, A. T. *História oral e memória: a cultura popular revisitada*. São Paulo: Contexto, 1992.

ORO, A. P. Neopentecostalismo e conflitos éticos. *Religião e Sociedade*, v.20, n.1, p. 39-54, 1999.

PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1996.

SPIEGEL, D. Apoio social; como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. (Org.). *Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 283-298.

THOMPSON, P. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, v., 15, p. 7-14, 1999.

\_\_\_\_\_. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, V. V. (org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 113-139, 2001.

\_\_\_\_\_. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 66-75, 2002.

\_\_\_\_\_. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 7-18, 1998.

\_\_\_\_\_. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, v. 21, p. 177-190, 1996.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1985.

## **PARTE II**

### **Construção de Conhecimento, Imagens e Sentidos: a diversidade na produção do cuidado e integralidade em saúde**

# Cuidado Prudente Para Uma Vida Decente

RUBEN ARAUJO DE MATTOS<sup>1</sup>

## 1. Introdução

O título deste trabalho evoca uma expressão que tem sido utilizada por Boaventura Santos: conhecimento prudente para uma vida decente<sup>2</sup>. Há implícita nessa expressão uma crítica à ciência moderna. Não é nem a hora nem o lugar de detalhar essa crítica<sup>3</sup>. Limito-me aqui a salientar dois aspectos: as razões da recomendação da prudência e as razões da explicitação de que, com o conhecimento, buscamos uma vida decente.

Para Santos (2000), a ciência moderna tem sido mais capaz de desencadear ações (ou intervenções) do que de antecipar as possíveis conseqüências dessas mesmas ações (ou intervenções). Dessa defasagem resulta um conhecimento imprudente, arrogantemente confiante na capacidade da ação cientificamente fundada e cego para as conseqüências eventualmente nefastas dessa ação. A prudência evocada é o reconhecimento da necessidade de procurar manter a escala das ações propostas pela ciência em proporção com nossa capacidade de pensar suas conseqüências. É um convite a uma responsabilidade intelectual bem maior, ligada aos nossos compromissos éticos.

Isso nos leva ao meu segundo comentário sobre a expressão proposta por Boaventura Santos: queremos um conhecimento que seja voltado para uma vida decente. Na tradição do pensamento moderno, a ciência se constrói contra o senso comum, rompendo (alguns prefeririam dizer desmistificando) com uma série de crenças (e valores), pretendendo-se uma forma superior de conhecimento, mais próxima à verdade, mais independente das paixões e das opiniões. Desmistificando, desqualificando e silenciando outras formas de conhecimento, o conhecimento científico moderno liberou o homem para uma série muito ampla de intervenções sobre a natureza e sobre a sociedade. Por exemplo, no âmbito das chamadas ciências da natureza, na medida em que a ciência moderna explorava (no sentido de desbravar) a natureza e desvendava suas “leis”, ela possibilitava a exploração (no sentido da extração de benefício em detrimento de algo) da natureza, através de um amplo elenco de intervenções cientificamente fundadas, tudo em benefício dos homens (ou melhor, de alguns homens). A

hegemonia dessa forma de pensar se expressa na imagem, ainda muito freqüente entre nós, de que uma intervenção cientificamente fundada é sempre a melhor intervenção possível. Imagem que exprime, de outro modo, a mesma irresponsabilidade e imprudência que criticamos.

Nada nos garante que o cientificamente fundado é o melhor. Seria cabível alguém defender a destruição do planeta ou da espécie humana, ainda que decorrente de ações cientificamente fundadas? Decidimos o que é melhor, não a partir do conhecimento científico, mas a partir dos valores que defendemos. Daí a importância de se dizer: não queremos um conhecimento científico que gere a dor, o sofrimento, ou a destruição da vida. Queremos um conhecimento que se volte e que sirva à busca de uma vida decente. O que não significa que devamos jogar fora a ciência ou desprezar todo o conhecimento produzido. Ao contrário, significa que, se defendemos o conhecimento científico, é porque acreditamos que ele é capaz de contribuir para uma vida decente, e o fará desde que pautado pela prudência e pela responsabilidade. Ou, melhor, defendemos o conhecimento científico na medida (e apenas na medida) em que ele se volte para uma vida decente. É claro que não podemos, nessa perspectiva, desqualificar outros conhecimentos que, ainda que não-científicos, se voltam igualmente para a vida decente.

Quando, no título, substituo a palavra conhecimento por cuidado, o faço para, em primeiro lugar, expressar minha concordância com a proposta feita por Santos. Em segundo lugar, para expressar, em relação ao cuidado (e penso aqui sobretudo no cuidado com a saúde), as mesmas preocupações com a prudência e com a vida decente.

Falo em cuidado exatamente no mesmo sentido utilizado por Ayres (2001). Cuidado é uma dimensão da vida humana. Dimensão que freqüentemente se dá no plano da intersubjetividade. Portanto, há sempre várias formas de cuidar, e há vários conhecimentos sobre esse cuidar.

Se atentarmos para o cuidado de saúde (ou melhor, para as formas de cuidado que nós chamamos de cuidados de saúde), constatamos que existe ainda hoje um esforço discursivo muito grande, por parte de alguns, para justificar esse ou aquele modo de cuidar em função da sua suposta cientificidade. Nesse modo de pensar, até parece que o cuidado cientificamente fundado é melhor que qualquer outro modo de cuidar. Mas, seguindo uma argumentação análoga à que apresentei no início deste trabalho, diria que um modo de cuidar cientificamente fundado não necessariamente será o melhor modo de contribuir para uma vida decente, e, portanto, não necessariamente o melhor. Se o conhecimento que fundamenta um “cuidado” for marcado pela imprudência, pela desatenção relativa às suas

conseqüências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, dele pode derivar a dor, o sofrimento, a opressão. O que caracteriza o melhor cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade. O que não significa que devemos rejeitar as contribuições da ciência para o cuidar. Ao contrário, significa que devemos utilizar o conhecimento científico com responsabilidade, buscando o equilíbrio entre as aparentes possibilidades de intervenção e nossa capacidade de antever as conseqüências desse cuidado.

O que fiz até aqui foi explicitar as razões do título e, ao fazê-lo, explicitar um conjunto de premissas deste trabalho. Nele, quero examinar algumas questões relativas à noção de integralidade e ao cuidado integral. Poderia sintetizar tais questões em uma pergunta geral: seria a prudência uma virtude importante do cuidado integral? Para tal, volto a algumas das conclusões de um estudo anterior sobre os sentidos da integralidade, para tomar a idéia de que a integralidade envolve uma apreensão ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos. Em seguida discutirei o significado dessa apreensão ampliada no contexto do processo de medicalização, para depois defender um uso prudente desses conhecimentos.

## **2. Sobre os Sentidos e os Modos de Uso da Integralidade: a integralidade como apreensão ampliada das necessidades de saúde**

No Brasil, a noção de integralidade tem sido forjada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma noção polissêmica, ou seja, que tem sido usada de múltiplas formas. Em trabalho anterior (Mattos, 2001), procurei investigar alguns dos vários sentidos da integralidade nos contextos de seu uso concreto na luta pela construção de um sistema de saúde mais justo para nosso povo. Sem ter tido a pretensão de examinar todos os usos, reconheci naquele trabalho três grandes conjuntos de sentidos: um relativo a atributos desejáveis das políticas de saúde (sobretudo das políticas específicas de saúde); um segundo, relativo a atributos desejáveis da organização dos serviços de saúde; e um terceiro, relativo à boa prática dos profissionais de saúde. Em todos os três conjuntos, integralidade sempre indicava um atributo considerado como positivo. Em outros termos, integralidade aparece como a designação de alguns valores pelos quais valia (e creio que ainda vale) a pena lutar.

Ao longo da pesquisa que antecedeu ao texto referido, pude constatar três grandes modos de uso da expressão “integralidade”. No primeiro modo, o uso era precedido de um certo diagnóstico crítico à realidade (das práticas, da organização dos serviços ou das políticas). Nesse modo de uso, a integralidade

aparece efetivamente como um sonho, algo que ainda não é reconhecível na realidade, quase como uma utopia pela qual lutamos. No segundo modo de uso, o que se pretende é exatamente designar atributos encontrados em realidades concretas. Trata-se de exemplificar a integralidade a partir de experiências concretas, nas quais, de algum modo, aquilo que de outra forma pareceria ser uma utopia tornou-se realidade. É claro que, nos primórdios da reforma sanitária, o primeiro modo de uso predominava. Mas, no contexto da luta pela consolidação do SUS, é o segundo modo de uso, voltado para a descrição (e análise) das experiências que vêm realizando a integralidade, que deve merecer nossa maior atenção.

O SUS hoje pode ser visto como um amplo campo de experimentação social, no qual, um pouco por toda parte, podemos encontrar, nas práticas e nos serviços de saúde, aqueles valores e aspirações subjacentes à integralidade nos seus diversos sentidos. Infelizmente, parece que ainda não conseguimos nos libertar plenamente dos nossos próprios modelos ideais (como devem ser as práticas, a organização dos serviços ou mesmo as configurações das políticas) para apreender a riqueza dessas múltiplas experiências e aprender com elas sobre a integralidade. A tarefa está, a meu ver, posta diante de nós: trata-se de realizar um esforço de análise dessas experiências, de seus limites e possibilidades, e de proceder a uma tradução de seus significados, de modo a subsidiar que tantos outros criem, em outros locais, experiências análogas.

Além do modo de uso crítico (no qual integralidade designa o sonho que contrasta com a realidade) e do uso como exemplo (no qual integralidade designa atributos encontrados na realidade), há um outro modo de uso: a referência à integralidade exclusivamente como princípio do SUS. Neste, não há qualquer menção a exemplos concretos da integralidade ou da ausência dela. É como se fosse suficiente enunciar o princípio.

É claro que é sempre oportuno recordar que a integralidade faz parte do projeto de SUS sancionado por nossa sociedade através dos constituintes. Mas há que se ter cuidado para não submergir ao *habitus principiorum*. Ou seja, tal recordação não nos isenta do esforço de reflexão sobre os múltiplos sentidos desse termo como valores que merecem ser defendidos, e que têm sido defendidos de fato um pouco por toda parte.

Como já disse, nos primórdios do movimento por uma reforma sanitária no Brasil, predominava aquele primeiro modo de uso, no qual cada sentido de integralidade se relacionava intimamente a uma crítica da realidade. Analisando-os, indiquei ser possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos os três conjuntos de sentidos da

integralidade que identifiquei. Retomo aquelas considerações. Dizia que a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (Mattos, 2001, p. 61). A recusa ao reducionismo se expressa de várias maneiras.

“Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz ao conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar a tais reducionismos. Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos.

Também nas políticas, é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os ‘alvos’ das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco” (Mattos, 2001, p. 61-62).

Em outros termos, o que emerge como um conteúdo comum nas diversas aspirações de integralidade parece ser um modo ampliado de apreensão das necessidades de saúde. Ou, em outros termos, a integralidade envolve uma leitura ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais. Gostaria de, neste ensaio, analisar com mais cuidado algumas das implicações dessa idéia de apreensão ampliada e não-reducionista das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais. Em particular, busco examinar uma questão que poderia ser posta por críticos desse sentido da integralidade: mas não seria tal apreensão ampliada tão somente um aprofundamento do chamado processo de medicalização, que nós, no nosso senso comum, tanto criticamos?

### **3. Sobre Nossas Ambigüidades em Torno da Medicalização: reflexões a partir da Medicina Social**

Não seria a apreensão ampliada das necessidades um dispositivo de aprofundamento da medicalização? A questão parece fazer sentido a partir de

um uso do senso comum do termo “medicalização”, associado a um exagerado consumo de bens e serviços ditos de saúde. De fato, o termo nesse uso corrente parece caracterizar o uso exagerado de técnicas de intervenção sobre as pessoas e seus corpos. Procurarei colocar a questão em outros termos e, para tal, retomo um debate dos anos 70, em torno da retomada da medicina social<sup>4</sup>.

Chamo aqui de medicalização o processo pelo qual a medicina invade a vida social. Processo profundo e que ocorre (ou melhor, ocorreu) ao longo de alguns séculos. Sem dúvida, se examinarmos os usos do termo “medicalização” no debate sobre as políticas e as práticas de saúde, a grande maioria das vezes ele indica algo inerentemente negativo. Gostaria de contestar essa leitura com dois argumentos. Primeiro, mostrando que, desde os debates originários da saúde coletiva e do projeto político que resultou na proposta do SUS e de seus princípios (inclusive o da integralidade), coexistiam duas leituras opostas sobre a medicalização: uma mais otimista e outra bem mais crítica. O segundo argumento tenta mostrar que as duas leituras ainda coexistem de modo quase simbiótico entre nós, para, em seguida, sugerir uma outra forma de descrever essa tensão.

Volto à noção de medicina social. Na verdade, a dois usos distintos da expressão presentes em dois autores clássicos entre nós, da área da saúde coletiva: Foucault e Rosen.

Em meados dos anos 70 circularam no meio acadêmico do que viria a ser depois a área de saúde coletiva, os trabalhos do historiador Rosen. Em um de seus ensaios sobre a história da assistência médica, Rosen apresentou sua análise da gênese do conceito de medicina social.

“No século XVIII, vários médicos reconheceram a necessidade de abordar a medicina e a higiene levando em consideração sua inserção social. [...] Mas coube ao século XIX desenvolver a idéia de medicina como ciência social e finalmente formular com maior precisão e clareza o conceito de medicina social” (Rosen, 1980, p. 78).

Rosen referia-se à formulação de Virchow, que, em meados do século XIX, sistematizou (e defendeu) uma concepção de medicina social. Eram três os princípios dos defensores da medicina social, a saber:

- 1 - “a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social” (Rosen, 1980, p. 81);
- 2 - “as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, e tais relações devem ser submetidas à investigação científica” (Rosen, 1980, p. 82);
- 3 - “devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas” (Rosen, 1980, p. 85).

A força desses princípios, apresentados por Rosen, exerceu (e creio que ainda exerce) grande fascínio sobre muitos de nós. Rosen mostrava que alguns dos ideais que motivavam a luta por um outro sistema de saúde no Brasil e por um outro modo de conceber a saúde já estavam presentes naquela proposta de medicina social de Virchow, embora o advento da microbiologia no final do século XIX tivesse apagado um pouco sua importância. Aliás, a tarefa que se colocava no Brasil no final dos anos 70 parecia ser a de resgatar a noção da medicina social, adequando-a aos novos tempos: a saúde do povo, revida nos marcos do direito, virava a saúde é “um direito de todos”, e a inequívoca responsabilidade social tornava-se um dever do Estado, a ser garantido por ações sobre as condições econômico-sociais e ações diretas sobre as pessoas. O que aparentemente passou mais despercebido (pelo menos nos registros escritos) era o caráter medicalizante da concepção de Virchow, para quem “a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala” (Rosen, 1979, p. 80). Borrando por completo os limites entre o conhecimento médico e o conhecimento do social, bem como entre a intervenção médica e a intervenção política, Virchow sonhava com uma ampla intervenção médica sobre a política e a sociedade<sup>4</sup>.

Nos anos 70, retomar a noção de medicina social (devidamente recontextualizada) significava criticar o reducionismo de uma outra visão biologicista, que parecia predominar. De fato, vivíamos (e vivemos) sob a hegemonia de uma medicina que nasceu da fusão da clínica com a anatomia patológica, que construiu uma noção de doença a partir da lesão no organismo (voltaremos a essa questão mais adiante). Medicina que usufruiu dos avanços da microbiologia, passando a identificar os agentes causais de muitas dessas doenças; e que possibilitou um amplo desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico e de intervenção sobre as doenças. Tecnologias que se aplicavam predominantemente sobre as pessoas. Mesmo para as doenças não-infecciosas, a medicina teve grande desenvolvimento de tecnologias para o diagnóstico e tratamento, embora aqui a perspectiva de controle das doenças assumisse um caráter mais importante do que a perspectiva de cura que envolvia em geral as doenças infecciosas após o advento dos antibióticos. Para essa visão médica predominante, a noção de uma medicina social parecia sem sentido. A doença se reduzia a sua perspectiva biológica, e a medicina parecia se voltar para o indivíduo, sobretudo para o indivíduo doente. E o indivíduo doente parecia necessitar do consumo dos mais diversos bens e serviços, providos predominantemente por uma indústria e por um conjunto de provedores privados. Resgatar a medicina

social, nesse contexto, passou então por reconhecer a determinação social da doença, como uma determinação mais profunda que a determinação biológica. Passou também por chamar a atenção das diferentes formas de adoecimento dos diferentes grupos sociais (ou das diferentes classes sociais). Passou ainda por um esforço de crítica à mercantilização da medicina, e sua ênfase sobre o indivíduo.

Muitos defensores da reforma sanitária talvez não vissem qualquer problema no caráter medicalizante da medicina social de Virchow, mas viam muitos problemas na invasão da vida por essa medicina anátomo-patológica, centrada no combate à doença manifesta no indivíduo, e atrelada a um amplo consumo de bens e serviços de saúde.

Curiosa, essa visão. É frente a ela que podemos compreender por que Foucault, em sua famosa conferência feita no Brasil, em 1974, sobre o nascimento da medicina social, destacava como questão de grande importância saber se a medicina moderna, científica, que nasceu com o aparecimento da anatomia patológica é ou não individual. A resposta anunciada logo ao início da conferência é categórica:

“que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-pacientes” (Foucault, 1981, p. 79).

Os argumentos de Foucault naquela conferência buscaram mostrar que, a partir do início do século XVIII, foi surgindo no Ocidente uma medicina social. Medicina social com várias faces. Foucault reconhecia três etapas nesse desenvolvimento. Primeiramente, na Alemanha de Virchow, porém, um século antes, surgia uma medicina de Estado, voltada para o controle da população, no contexto do cameralismo. Esta era a medicina que Rosen denomina de Polícia Médica. Mais tarde, no século seguinte, surgia na França uma medicina das cidades, que se ocupava do ordenamento do espaço urbano. E por fim, na Inglaterra, surge uma medicina voltada para “um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas para o trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (Foucault, 1981, p. 97). E é nessa medicina social inglesa que Foucault reconhecia a articulação entre uma medicina assistencialista voltada para os mais pobres, uma forma de saúde pública (Foucault denomina de medicina administrativa), voltada para vacinações e controle das epidemias, e uma medicina privada para quem tivesse recursos. Arranjo que, aliás, se disseminou amplamente no Ocidente.

A hipótese que Foucault defendia naquela conferência era a de que, com o capitalismo, se deu a passagem de uma medicina privada (a da Idade Média) para uma medicina coletiva. Ao argumentar dessa forma, Foucault destacava que

“o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. O corpo é uma realidade biopolítica. E a medicina é uma estratégia biopolítica”

(Foucault, 1981, p. 80).

A medicina (e aqui tanto cabe a polícia médica, a medicina social de Virchow, as propostas dos higienistas, a saúde pública e a medicina de nosso tempo) emerge como estratégia de controle da sociedade sobre os indivíduos.

Foi nessa trilha aberta por Foucault que Machado e colaboradores produziram seu clássico (*Da nação da norma: uma história da medicina social e da psiquiatria no Brasil*) (Machado, 1978). Também seguindo a mesma trilha, Jurandir Freire Costa produziu seu livro *Ordem médica e norma familiar* (Costa, 1989). Em ambos encontramos exemplos de estratégias de certos grupos de profissionais em busca de um certo monopólio profissional, oferecendo suas técnicas e conhecimentos ao serviço do Estado, buscando sempre contribuir para a construção de uma certa ordem. Os dispositivos utilizados variaram, incluindo desde o uso de instrumentos caros à Polícia Médica, voltados para a construção da ordem urbana ou, como foi o caso da higiene, voltados particularmente para a produção de novos comportamentos, mais convergentes com as necessidades e os interesses do Estado de uma época. Os trabalhos nessa vertente chamaram também nossa atenção para uma série de conseqüências, não tão positivas, dessas pretensivas extensões da medicina em grande escala.

Esse pensamento crítico se voltava simetricamente às formas constitutivas da medicina social indicadas por Foucault, mas também aos arranjos mais contemporâneos da medicina. Ao lado de Foucault, numa perspectiva mais radicalmente crítica à medicina contemporânea, Ivan Illich (que também esteve no Brasil no final dos anos 70) apimentava o debate em torno da medicina. “A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que seu conhecimento científico seja partilhado” (Illich, 1975, p. 9). Essa frase, a primeira do livro *Expropriação da saúde*, resume as teses do autor. Illich teve o mérito de chamar a atenção para uma série de conseqüências não tão positivas da ampla presença da medicina na vida<sup>5</sup>. O que gostaria de chamar a atenção é que a crítica de Illich, se tomada radicalmente, não comporta uma releitura da medicina social que defende ser dever do Estado assegurar, por exemplo, o acesso universal e igualitário aos

serviços de saúde, como reza nossa Constituição, pois isto seria uma expansão daquela empresa médica tão criticada.

Retomei um debate dos primórdios da saúde coletiva, conduzido em torno da noção de medicina social, para destacar que, desde aquele tempo (final dos anos 70), havia uma tensão entre uma proposta que, inspirada na visão virchowiana, proclamava a ampliação do papel do Estado no âmbito da saúde, e uma outra, sobretudo crítica à medicalização em sentido ampla. Havia um hiato: de um lado, o sonho de remover os obstáculos que impedem o funcionamento normal dos processos vitais; de outro, a resistência à colonização e aos controle dos indivíduos pela sociedade (ou pelo Estado). A tensão entre essas posições produziu uma leitura muito peculiar, que integrou o amálgama de idéias que deu origem às propostas do SUS.

Podemos perceber as conseqüências desse amálgama se nos indagamos sobre nossas posições atuais sobre a medicalização. Tomo um exemplo: a medicalização do nascimento. O nascimento não era objeto da intervenção médica, e o conhecimento sobre o cuidar da gestante durante a gravidez e o cuidar da gestante e da criança no parto era relativamente mais difundido entre as pessoas do que é hoje. Atualmente, tal conhecimento tornou-se hegemonicamente médico, ou, quando muito, disputado milimetricamente entre médicos e enfermeiros. Trata-se de um exemplo claro daquilo que Illich denomina expropriação da saúde. Em que se pese isso, nós ainda nos indignamos quando vemos que muitas mulheres brasileiras não têm acesso a pelo menos sete consultas ao longo de sua gestação. E queremos que todas as mulheres brasileiras tenham seu filho sob o olhar de profissionais competentes, supostamente capazes de assegurar seu direito à saúde. Tal expansão do acesso produziu inequivocamente benefícios, e cremos que pode produzir mais tantos outros. Nesse sentido, rejeitamos a crítica radical de Illich. Mas, ao mesmo tempo, estamos mais atentos hoje às conseqüências nefastas que podem surgir dessa mesma expansão do acesso. Reconhecemos que em alguns casos a tecnificação do cuidado do nascer produziu um quase-esquecimento da dimensão humana desse acontecimento, e um deslocamento da ênfase na mulher e na criança para os dispositivos técnicos. Por isso, alguns de nós defendemos que se ofereçam às mulheres a opção e a possibilidades de obter esse cuidado em um arranjo menos tecnificado, mas ainda sob olhar de profissionais devidamente habilitados. Mas mesmo nós, defensores, por exemplo, das casas de parto, não aceitaremos se alguma delas apresentar desfechos negativos, como a morte de crianças ou das mulheres em condições para as quais dispomos de tecnologia eficaz. Do mesmo modo como são inaceitáveis as mortes de

recém-natos ou de mulheres em maternidades tradicionais. Ao mesmo tempo, também mais atentos às críticas aos efeitos nefastos da medicalização, não aceitamos mais o descaso e o desrespeito com que muitas mulheres grávidas eram (e talvez, em alguns lugares, ainda sejam) tratadas (ou destratadas).

Diria que a síntese é algo que admite a existência de um conhecimento de certo modo exotérico, acumulado por alguns profissionais de saúde (ao contrário do que defendia Illich), mas que deve ser utilizado com muita atenção e cautela, sobretudo guiada pela antecipação das conseqüências de sua aplicação. Retornamos à idéia de prudência.

Nem tanto a Virchow, nem tanto a Illich. O resgate da noção de medicina social substituiu o ideal da saúde do povo pelo ideal do direito de todos à saúde. Ao trazer o marco do direito para o centro, tornam-se inaceitáveis intervenções que, embora eficazes em remover obstáculos aos processos vitais, agridem o direito. O autoritarismo da saúde pública do início do século passado não tem mais sentido nesse marco. Reconhecemos, como Virchow, que a saúde depende das condições de vida. Mas somos mais cautelosos ao propor a medicina em grande escala. Ao invés disso, reconhecemos a solidariedade entre a luta pelo direito à saúde e a luta por vários outros direitos. Não cabe à medicina ditar as normas da vida social. Nem tais direitos se justificam por ter um impacto positivo na saúde. São todos direitos pelos quais lutamos.

Nessa concepção de direito, inclui-se o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Tal reconhecimento pode ser dito de outra forma: se dispomos de uma intervenção que é capaz de aliviar o sofrimento de alguém, ou que é capaz de evitar ou reduzir a probabilidade de que alguém sofra, ninguém deve ser privado dela pelo simples fato de não ter como pagar por ela. Por isso, cabe ao Estado garantir a todos esse direito. É este o âmbito do cuidado em saúde.

Mas há aqui uma questão importante. O acesso universal e igualitário de que se fala na Constituição não é o acesso ao que uma pessoa ou grupo de pessoas quer. É o acesso universal e igualitário aos cuidados de que necessitem. E quem dirá quais são os cuidados necessários é o profissional que aplica um certo conhecimento. Portanto, ao contrário de Illich, reconhecemos que o uso do conhecimento por profissionais de saúde é absolutamente crucial. Não o conhecimento sobre o todo (posto que impossível). O conhecimento fundamental é aquele que diz respeito às formas do cuidado, que permitem reconhecer as necessidades e ter a habilidade de aplicar as tecnologias pertinentes. Mas não podemos aceitar que, das intervenções médicas (ou dos profissionais de saúde) resulte a colonização, a progressão da expropriação da saúde, o aprofundamento

da distância entre o conhecimento que permite a um profissional dizer qual cuidado é necessário num certo momento. Ao contrário, devemos buscar que o uso desse conhecimento se faça de forma cada vez mais partilhada, levando à sua crescente apropriação não-profissionalizada (Santos, 2000).

Retomando as questões gerais: vivemos numa sociedade medicalizada. E não somos radicalmente contrários à medicalização. Reconhecemos que desenvolvemos um amplo conjunto de técnicas de intervenção sobre os corpos (socialmente investidos) e sobre a sociedade. Mas temos a consciência dos riscos da ação médica sobre a sociedade e sobre as pessoas. Nesse contexto, não cabe mais o sonho da medicina em grande escala, da qual falava Virchow. A política não pode ser vista como simples extensão da medicina, e a medicina não pode ditar as normas da vida social. Evocando a prudência, devemos ajustar a escala da ação médica.

Há conseqüências importantes dessa ênfase na prudência no debate sobre as políticas e as práticas de saúde. A primeira diz respeito às intervenções voltadas para a chamada promoção da saúde. A velha Polícia Médica, que era uma política de governo, que deu origem a uma série de técnicas de monitoramento e de vigilância ainda hoje usadas, não é mais aceitável na sua forma original. Tampouco a medicina das cidades, da qual herdamos uma série de instrumentos de regulação do espaço urbano, não pode mais ser exercida naquela forma. Não mais podemos aceitar as violências praticadas contra as pessoas em nome de uma suposta saúde pública. A saúde pública se dobra à noção do direito. A vigilância não pode assumir a forma de restrição ao direito. É claro que a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, enquanto funções governamentais, são de grande importância, e, como todas as funções estritamente governamentais, devem ser mantidas sob permanente controle social. Mas talvez devamos ter mais prudência antes de defender a ampliação da vigilância para uma escala maior do que essas ações governamentais.

Tampouco parecem particularmente críticos os riscos de uma revitalização da higiene. O conhecimento dos diversos fatores de risco permitem hoje que tenhamos um conjunto amplo de informações e de propostas de mudanças de comportamento. A adoção de comportamentos ditos mais saudáveis pode modificar a história de muitas doenças e impedir o sofrimento de várias pessoas. Mas, se feita de modo imprudente, pode resultar em enorme sofrimento adicional. Isso é particularmente importante num contexto cultural de idolatria do corpo, de expansão do consumo de bens e serviços voltados para um cuidado com o corpo, e de exigências e sanções morais crescentes para quem não se cuida direito.

Talvez fosse prudente não adotar sem cuidadoso exame a promoção da saúde em grande escala.

Na dimensão do cuidado às pessoas que sofrem, não podemos aceitar a utilização do enorme potencial de intervenção diagnóstica e terapêutica sem a apreciação cuidadosa das possíveis conseqüências negativas para os sujeitos que a elas serão submetidas. Tais conseqüências não se reduzem às dimensões técnicas (efeitos colaterais ou complicações, sempre esperadas em algum grau de probabilidade, supostamente pequeno). Elas só podem ser apreendidas no contexto do modo de andar a vida das pessoas e dos grupos a que pertencem.

Talvez não haja como escapar da medicalização. Mas há como, conhecendo as conseqüências negativas da ação médica, ponderarmos melhor nossas intervenções. Isso significa o exercício cotidiano da dúvida sobre o cuidado necessário (será que esse cuidado é mesmo necessário?). Quais as perspectivas de que essa ou aquela intervenção possa produzir o alívio do sofrimento, possa reduzir a chance de um sofrimento futuro? Quais as perspectivas de que a intervenção produza outro sofrimento? Que balanço fazemos disso? As intervenções que cogitamos partilham o conhecimento, contribuindo para a construção de sujeitos cada vez menos expropriados dos cuidados sobre sua própria saúde? Ela suscita a solidariedade e incrementa os esforços coletivos de luta por uma vida digna? Ou, ao contrário, ela promove ou preserva a colonização, ela privilegia a ordem à emancipação?

Penso que a apreensão ampliada das necessidades que perpassam vários sentidos de integralidade tem muito a ver com esse exercício do cuidado prudente. Não tem tanto a ver com a perspectiva da intervenção em grande escala. Tem mais a ver com a análise que utilize o conhecimento técnico, a partir do qual reconhecemos (na nossa leitura de profissionais de saúde) a necessidade de certo cuidado numa situação concreta, mas que amplia o olhar para além desse conhecimento, no sentido de apreciar o significado desse cuidado na vida das pessoas e dos grupos sociais, e de indagar sobre sua possibilidade de contribuir, ainda que modestamente, para uma vida decente.

Talvez isso nos ajude a reconhecer, nas experiências concretas, os signos da integralidade.).

## Notas

- <sup>1</sup> Professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ; doutor em Saúde Coletiva.
- <sup>2</sup> A expressão aparece em muitas obras do autor e dá título a uma coletânea recentemente lançada no Brasil (Santos, 2004).
- <sup>3</sup> Para essa crítica sobre a ciência, ver Santos (1987, 1989, 2000 e 2004).
- <sup>4</sup> *Grosso modo*, poderíamos dizer que a Saúde Coletiva nasce aqui, no Brasil, da confluência de três vertentes: uma vertente crítica da Medicina Preventiva, bem exemplificada na tese de Arouca, que teve uma versão comentada recentemente lançada (Arouca, 2003); uma vertente da saúde pública mais ligada ao pensamento desenvolvimentista (e oposta à tradição campanhista); e uma vertente que retomava a noção da medicina social.
- <sup>5</sup> Dizia Virchow: “pois se a medicina deve realmente cumprir sua grande tarefa, deve intervir na vida político-social. Deve assinalar os obstáculos que impedem o funcionamento normal dos processos vitais e removê-los” (*apud* Rosen, 1980, p. 83). Mais tarde, Virchow, reavaliando o projeto político ao qual se dedicava, dizia que “a reforma médica que tínhamos em mente era uma reforma da ciência e da sociedade” (*idem*, p. 89).
- <sup>6</sup> Embora Illich aceitasse com tranquilidade as formas de medicalização e de controle da sociedade sobre os corpos através dos médicos de pés descalços, por exemplo.

## Referências

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.
- MACHADO, R. *(Da) nação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Para um novo senso comum*. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática (v. 1). A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.
- \_\_\_\_\_. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. “Um discurso sobre a ciência” revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

# Uma Semiótica da Integralidade: o Signo da Integralidade e o Papel da Comunicação

CACO XAVIER<sup>1</sup>  
CÁTIA GUIMARÃES<sup>2</sup>

*A isto se chama Destino: estar em face  
do mundo, eternamente em face.*

Rainer Maria Rilke

*Elegias de Duino*, Oitava Elegia

## 1. Introdução

Esta é uma primeira tentativa de aproximação entre a Integralidade e a Comunicação, aproximação entre conceitos, práticas e sentidos que envolvem uma e outra palavra, um e outro campo de conhecimento e ações. Das muitas espécies de relações possíveis entre os termos, nos é dado intuitivamente que Integralidade e Comunicação têm inegavelmente algum traço de parentesco, aquele traço (= desenho, desígnio) que identifica duas pessoas como um “mesmo”, enquanto simultaneamente singulariza cada uma como um “outro”.

Entre a Integralidade e a Comunicação há um laço evidente, que as identifica enquanto as distingue, e o objetivo deste trabalho é desvendar tais relações e compreender suas implicações, seja no campo dos saberes, seja no campo das práticas ou seja – principalmente – no ponto de junção entre eles.

Para dar conta de nossa tarefa, algo nos é imposto de dentro”, isto é, a partir da própria tarefa: havemos de dizer o que estamos dizendo ao dizer “Integralidade” e “Comunicação”. O muito “dizer” da sentença anterior nos indica que há permanentemente um dizer sobre o dizer implícito em nosso caminho. Embora o “jogo” dessas duas palavras nos remeta uma à outra todo o tempo, é prudente não nos adiantarmos. Assim, nos debruçaremos primeiro sobre uma, depois sobre a outra, para então desenharmos suas relações de parentesco. Este é o mapa. Todo caminho, no entanto, reserva surpresas.

## 2. Integralidade: conceito e caminho

Ao perguntarmos à maneira grega “O que é isto, a Integralidade?”, num *tí estin?* que acompanha a cultura ocidental desde os primeiros pensadores, lembramos de Heidegger e de como encaminhou a questão da Filosofia, em sua célebre conferência de 1955 intitulada “O que é isto – a Filosofia?”. “Ouvir de

maneira grega uma palavra grega”, como sugere o filósofo, leva a enxergar, simultaneamente, “aquilo que em dizendo se nomeia” (Heidegger, 1989, p. 16). No entanto, seria “Integralidade” – a primeira de nossa tarefa – uma palavra grega? Dizemos que *pode* ser, e essa relação estará evidenciada adiante. No momento, entremos num acordo quanto ao método de abordagem da questão, de como nos abriremos – para permanecer no vocabulário heideggereano – a este “nosso” *tí estin*<sup>4</sup>.

A palavra “Integralidade” é em si mesma um caminho – como toda palavra que carrega em si uma qualidade –, e esse caminho está aberto amplamente diante de nossos olhos, tornando-se, por isso mesmo, um caminho óbvio. Por ser óbvio, poderá ter sempre estado oculto, como nos lembra a canção de Caetano. Nossa escolha é simplesmente trilhar o caminho, desbravando sentidos, tendo claro que a Integralidade não se apresenta como meta a ser atingida ao final dele, mas sim como o *próprio caminho*, que jamais acaba e indefinidamente desdobra-se em muitos outros.

Uma metáfora não é um método, e portanto cumpre-nos dizer que essa escolha implica abordar a Integralidade a partir dela mesma e junto com ela mesma; de dentro, e não de fora; a partir daquilo que ela *é* (seu *quid est*) e não meramente daquilo que *podemos dizer* sobre ela. É preciso, porém, muita atenção, para não cairmos em armadilhas que por um lado nos aprisionem em conceituais teias de aranha suspensas no ar, ou por outro em armadilhas “singulares” que nos encerrem num instante específico do tempo e do espaço, por outro.

Abordar a Integralidade a partir dela própria significa que a resposta à questão só pode ser, ela mesma, integral e “integralizante”, se se deseja autêntica e legítima. É unicamente a própria Integralidade – como palavra “grega”, como princípio constitucional, como prática social, como *dilema* – que poderá desvendar a nós seus sentidos, e não o contrário, não seremos nós, de algum lugar *fora* dela, a desvendá-la. Por essa razão, a questão só pode ser formulada quando o “interrogante” está *profundamente implicado nela*.

“O que é isto, a Integralidade?” é uma pergunta por um conceito. Utilizo a palavra “conceito” em sua dimensão puramente lógica, e assim a definição de Hilton Japiassu e Danilo Marcondes nos parece suficiente. Ao identificarmos “conceito” como “uma idéia geral e abstrata sob a qual podemos reunir objetos” (Japiassu & Marcondes, 1991), temos a dimensão de sua função lógica, sem que com isso aprisionemos os inúmeros sentidos nele implicados. Poderíamos defini-lo, igualmente, como o fez Ernst Tugendhat, para quem o conceito é “aquilo que é comum a todos os termos gerais usados do mesmo modo” (Tugendhat, 1996, p. 112).

Não é necessário traçar aqui uma extensa arqueologia do “conceito”, e assim parece suficiente que tenhamos em mente que um conceito possui *intensão*

(conteúdo) e *extensão* (âmbito), em relação inversa: quanto “maior” um, “menor” o outro<sup>5</sup> (Kant, 1992). Quanto maior a extensão de um conceito, menos “útil” ele é, e isto está diretamente relacionado ao fato de o conceito ser mais abstrato ou mais concreto. Por meio de um conceito mais abstrato, conhece-se pouco sobre muitos objetos, ao passo que por meio de um conceito mais concreto conhece-se muito sobre poucos objetos. O conceito “Integralidade” encontra-se entre os mais abstratos<sup>7</sup>, já que se trata de uma “qualidade de algo que é integral”, ou seja, de um *quid* em si mesmo. Estão preservados, dessa forma, o movimento, a contínua transformação, a polissemia e mesmo a ambigüidade hermenêutica do termo.

Definições não são, necessariamente, delimitações rígidas de significados. No entanto, quais seriam os limites de uma definição? É sabido que alguns termos acabam se tornando autênticas palavras-valise<sup>5</sup>, significando tudo e nada e, portanto, sem utilidade alguma. Com isso, respondemos à nossa pergunta. Os “limites” de uma definição são traçados pelo seu *uso* e *utilidade*. Nesse ponto, somos remetidos às noções de “jogos de linguagem”, de Wittgenstein (1979, p. 36), ao demonstrar que “inexato” não significa “inútil” e que podemos, para uma finalidade particular, traçar limites, mas que não é só a partir daí que tornamos o conceito útil. (Wittgenstein, 1979, p. 44).

A busca por uma exatidão inequívoca acerca da Integralidade simplesmente nos fecha o caminho com um ilusório “ponto de chegada”, e um caminho fechado não é um caminho. Por outro lado, a tentativa de abarcar e legitimar igualmente todos os sentidos e interpretações possíveis acerca daquilo que todos e em todo lugar venham a entender por Integralidade nos remete à aridez de um deserto sem fim, onde a total “abertura” e a possibilidade de nos defrontarmos com todo e qualquer caminho nos paralisa. Nas não-definições, portanto, tampouco há caminho.

### 3. *Hólos*, espanto original

Compreender a coisa pela própria coisa implica, para Heidegger, em primeiro lugar descobrir *onde e quando* a coisa se mostra essencialmente enquanto “aquilo que é”. Onde é que a pintura é essencialmente pintura? “Na *cor*”, diz ele. Onde é que a linguagem é essencialmente linguagem? Na *poesia* (Heidegger, 1977). Perguntar “onde é que a Integralidade é essencialmente integralidade” nos leva antes à sua origem: “Onde e como pela primeira vez nos deparamos com a idéia de Integralidade?”. A pergunta requer uma resposta grega.

Embora já desde o latim possamos, a partir de palavras como *integritas*, *integrum*, *integrare* e outras, emprestar sentidos interessantes ao termo Integralidade, supondo a totalidade, a completude e a inteireza, a renovação, a volta a um estado “não

tocado”, intacto, e ainda uma relação com a saúde, é certo que isso ainda não nos basta. A busca pela origem de uma palavra deve nos levar não a outras palavras, mas sim a uma *espécie de pensamento* que a fundou. Encontramos o pensamento fundador da Integralidade nos chamados pensadores originários gregos<sup>8</sup>. Aparece, na verdade, ainda como não-palavra, na doxografia daquele que é considerado o primeiro filósofo: Tales, de Mileto. Simplício diz que Tales afirmava ser a água o princípio de tudo, “continente de todas as coisas” (Vários, 1973, p. 13). De outro pensador, Anaximandro, se tem apenas uma sentença, registrada na ordem direta por Simplício, na qual ele diz que “o princípio dos seres é o ilimitado” (Vários, 1973, p. 21). Em ambos, a palavra grega para “princípio” é *arché*, e esta tem ligações estreitas com a idéia de totalidade. Em seu ensaio sobre Tales, Nietzsche toca no cerne da questão, ao dizer que o que impeliu o pensador a essa generalização “foi um postulado metafísico, uma crença que tem sua origem em uma intuição mística e que encontramos em todos os filósofos, ao lado dos esforços sempre renovados para exprimi-la melhor – a proposição: “Tudo é Um” (Vários, 1973, p. 16). A proposição é formulada exatamente dessa maneira por Heráclito, em seu fragmento 50. Na tradução de Emmanuel Carneiro Leão, lê-se: “Auscultando não a mim, mas o Logos, é sábio concordar que *tudo é um*” (Anaximandro, Parmênides, Heráclito, 1999, p. 71). Para Heidegger, essa expressão, *Hèn Pánta*, é o espanto filosófico do “Tudo é Um” (Heidegger, 1989, p. 117). Alexandre Costa traduz essa expressão como “tudo-um”, na tentativa de “ser fiel a uma idéia tipicamente heraclitiana”, ou seja, “a reunião dos diversos e a harmonia dos contrários” (Costa, 2002). *Tó pan, pánta* podem ser traduzidas por “tudo”, “todas as coisas”, e têm o sentido de multiplicidade, diversidade. Esse é o sentido principal em que a palavra aparece nos fragmentos de Heráclito, dispondo diante de si a *phýsis*, o diverso que aparece: o universo como *soma* de “todas as coisas”. Entendo a expressão *hèn pánta*, no entanto, fortemente relacionada a outra palavra grega, *hólos*, adjetivo cujo sentido está ligado à completude, à totalidade, à inteireza e à unidade. Em Aristóteles, a expressão vai aparecer ainda como *to hólon*, substantivada, significando não apenas um modo de ser, mas o próprio “Todo”.

Quem expressa melhor a anterioridade primordial da completude é um pensador que antecede Heráclito, Xenófanes de Colofão. A respeito de “um único deus, entre deuses e homens o maior”, ele diz: “Todo inteiro (*hólos*) vê, todo inteiro (*hólos*) pensa, todo inteiro (*hólos*) ouve” (Vários, 1973, p. 71), o que valeu que, em clássico ensaio, Hegel tenha dito, a seu respeito: “Xenófanes determinou primeiro o ser absoluto como o um: “O Todo é Um” (Vários, 1973, p. 74). Este é o melhor sentido para *hólos*: “*todo-inteiro*”.

Seguir o caminho da Integralidade e falar dela a partir dela mesma é colocar-se no centro de *hólos* e descobrir-lhe os sentidos. Na Saúde, a que estes se referem? Temos claro que a busca pela Integralidade é uma busca por uma anterioridade, por uma espécie de *arché*; é nostalgia de algo originariamente uno, completo, inteiro e que, de algum modo e por alguma razão, “aparece” (e parece) hoje fragmentado, partido, em pedaços. Reunir – em nós – a diversidade na unidade, esse é o espanto: *hèn pánta*, Tudo é Um (tudo-um), *hólos* (todo-inteiro).

Mas que caminhos trilha *hólos*? Que caminho é? E qual seria sua materialidade? Estar no centro do *hólos* é identificar-se com e procurar identificar, na Saúde – delimitado nosso âmbito –, tudo aquilo (ações, saberes, discursos, práticas, racionalidades) que promove a conjunção, a integração e o retorno a um Todo que, se não é completamente evidente para nós, apresenta-se como um fóssil a nos recordar nostálgicamente um mundo extinto, quer tenha este sido de fato existente, quer seja apenas “intuído” ou imaginado. *Hólos*, no entanto, não é uma meta; tampouco – apesar da metafísica anterioridade e originalidade – um ponto de partida, ao menos para nós; *hólos* é um *caminho*, e um *caminhar*: uma *busca* e uma *propensão*. Arriscando um trocadilho ático, diríamos que *tò hólon hodón estí*, “todo-inteiro é caminho-caminhar”. O dicionário apresenta dois sentidos (simultâneos) para *hodós*: “via, caminho, estrada” e “marcha, viagem, caminhada”. *Hodós* é ao mesmo tempo o caminho e o caminhar, o trajeto (roteiro) e o percurso (ação).

Ainda nos falta identificar onde e quando a Integralidade – agora entendida como devedora e originária do *hólos* grego – se mostra como aquilo que essencialmente é. Adianto a resposta, mas passaremos além e só a justificaremos mais adiante: o “lugar” onde a Integralidade é essencialmente Integralidade é o *cuidado*.

#### 4. Comunicação e a Edificação da Torre

“Em toda a terra havia apenas uma linguagem e uma só maneira de falar”. Assim começa o mito de Babel, descrito no capítulo 11 do livro de Gênesis<sup>9</sup>. O texto supõe que havia uma única comunidade humana. Conta a narrativa bíblica que um certo grupo resolveu “edificar uma cidade, e uma torre cujo tope chegue até os céus”. O motivo desses homens era tornar célebres seus nomes, para que não fossem “espalhados por toda a terra”.

Yahweh desceu para ver a cidade e a torre, atestou a unidade (dos homens, da linguagem, dos propósitos), e temeu: “Eis que o povo é um, e todos têm a mesma linguagem. Agora não haverá mais restrição para tudo o que intentam fazer”. Sendo assim, movido pelo zelo extremo de sua intocável glória, Yahweh decidiu confundir a linguagem, “para que um não entenda a linguagem do outro”. E assim fez, dali dispersando os homens. Por isso, chamou-se aquela cidade não-totalmente-edificada de *Babel*.

Esses nove curtos versículos narram um evidente mito acerca da origem dos diversos idiomas e culturas, mas algo mais pode ser enxergado ali. Em primeiro lugar, causa espanto a “única comunidade” humana (*bèn pántar*), uma unidade original. Em segundo lugar, a partir dessa “comunidade”, há um propósito de edificação, a fim de “nomear” essa comunidade e “enraizá-la” na terra, mas justamente aquilo que deveria servir de “enraizamento” torna-se a causa da dispersão.

O mito pode ser metáfora da passagem da unidade para a multiplicidade (de línguas, de culturas, de lugares, de propósitos), da ordem para a confusão (sentido que os dicionários emprestam à palavra “Babel”, em razão de etimologia popular que a vincula à raiz hebraica *balal*, “confusão”, “mistura”); e, depois, a pista de que a “inconclusão” e a “des-raiz” são marcas das mais importantes de nossa existência no mundo.

Estamos, portanto, falando de *comunicação*, todo o tempo. Comunicação como unidade originária e também como confusão e incompletude. Jacques Derrida, no pequeno opúsculo intitulado “Torres de Babel”<sup>10</sup>, aborda a questão da tradução a partir dessa dicotomia, ao perguntar-se sobre o ciúme de Deus, esse ressentimento que “rompe a linhagem, que impõe e interdita ao mesmo tempo a tradução” (Derrida, 2002, p. 18). A unidade foi desfeita, e a “confusão” parece ser a nova ordem baseada na pluralidade e na diversidade. É possível, com um mínimo de licença, adotar a sentença de Derrida e dizer que o episódio de Babel é, também, interdição e imposição da comunicação. Como a tradução, na questão de Derrida, parece desde o início fadada ao fracasso, da mesma maneira parece que a comunicação também está. Um modo de comunicação está de fato interditado, comunicação que existia “originariamente” na ordem da unidade, fundada no “mesmo” (mesma linguagem, mesmo pensamento). A dispersão e a diversidade, por outro lado, impõem, obrigam e mesmo *instauram* uma “outra” comunicação, fundada na alteridade e que pressupõe e tem como marcas constitutivas a interpretação, o equívoco, uma “hermenêutica”, a ambigüidade, a ambivalência, a contradição, a mentira<sup>11</sup>. Em suma, a *confusão*. O diverso a instaura como caminho, isto é, essencialmente como trajeto, percurso, busca, propensão. O objetivo dessa busca é *hólos*, e tem fim nela mesma – afinal, é *hodós* –, e não necessariamente em sua inatingível – por desígnio divino – unidade originária.

Se o objetivo da comunicação é *hólos*, avançamos permanecendo no sentido atribuído por Muniz Sodré, segundo o qual o objeto da comunicação é a vinculação social e seu núcleo é a comunidade (*comunitas*) (Sodré, 2002). Assim, podemos dizer que a comunicação tem como significação moral reduzir, minimizar, relativizar, transpor, romper a barreira entre mim e o outro (a individuação, o diverso) rumo à unidade. O mito de Babel sugere, ainda, que

esta não é uma unidade (comunidade) antecipada, imaginada, vislumbrada, e sim uma unidade (comunidade) esquecida/recordada, anterior, nostálgica.

Espanto: *bên pânta*, Tudo é Um. Mas como dizer isso, agora que a unidade foi aniquilada e a pluralidade erigida como estela na planície? Como dizer isso, agora que a torre foi demolida e seus edificadores dispersos? Este, exatamente, é o espanto: a unidade está oculta, o ser recolhe os entes. Os entes é que são “vistos”, não o ser. Os fragmentos da torre é que são percebidos, não a torre. Mas o inacabado remonta ao completo, como cada fragmento da torre a ela remonta, a ela aponta, e nela é “recolhido”.

A experiência humana, então, assemelha-se à edificação da torre de Babel (“até os céus”), que nunca chegará a completar-se, quer por interdição divina, quer pela impossibilidade inerente ao próprio projeto: quando é que se poderia dizer que ela teria “atingido os céus”?

A comunicação aponta para – e promete – uma reconciliação, um “completar”. A impossibilidade inerente ao próprio projeto é semelhante ao da edificação da torre: quando é que poderíamos (poderemos) dizer que tal reconciliação realizou-se, que houve de fato uma “completação” final? A comunicação aponta para *hólos*, também por serem ambos um caminho que sempre devém. Esta é a tarefa humana pós-Babel: recompor, integrar. Esta é a tarefa da Comunicação. Aqui se funda o parentesco entre a Integralidade e a Comunicação. Integralidade, enquanto *hodós*, é essencialmente Comunicação, seu único caminho para realizar-se. No entanto, sabemos que tal realização não é um ponto de chegada, e sim o próprio caminhar. E Comunicação, por outro lado, é essencialmente Integralidade em sua busca dela mesma, tornar-com, com-pletar. Como é essencialmente busca e propensão, sua realização é também sempre devir.

## 5. O Cuidado

“Cuidado” tem sua raiz no “*cogitare*” latino. Estranho? Descartes relacionou o *cogito* à própria prova da existência, em sua proposição *ego cogito, ergo sum* (Descartes, 2002, p. 26). Se são inúmeras as tentativas de refutação à proposição cartesiana (se *cogito* = razão), a opinião do pensador francês é compartilhada por Heidegger (se *cogito* = cuidado). “Em sua essência, o ser-no-mundo é cura<sup>12</sup>” (Heidegger, 1999, p. 257), diz ele, relacionando-a a duas palavras que, por sua vez, têm estreita relação com os sentidos do *cogitare* latino: *ocupação* e *preocupação*.

Adiantando-me, havia afirmado que a Integralidade seria essencialmente integralidade justamente no cuidado. A etimologia da palavra é um bom início

para demonstrar essa proposição, já que os principais sentidos de *cogitare* estão relacionados a “pensar em”, ou seja, “aplicar a atenção, aplicar o pensamento” em alguma coisa. Essa “alguma coisa” é que de fato define o cuidado tanto como constitutivo do *Dasein*<sup>13</sup> quanto como o lugar em que a Integralidade é essencialmente integralidade. “Cuidado”, para Heidegger, só pode ser preocupação “como co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo”, e que não se pode sequer falar de “cuidado de si mesmo” sem que se incorra numa tautologia (Heidegger, 1999, p. 257). “O cuidado não pode significar uma atitude especial para consigo mesmo”, diz ele. “Cuidado” (*Sorge*) é assim entendido como ocupação e preocupação *para fora de si*, como “aplicação do pensamento” em algo que não sou “eu”. Esta ocupação tem o sentido primeiro de preservação de um *outro* (ser humano, animal, meio ambiente, etc), e caracteriza-se pela expressão de uma *ação*.

A velha senhora que solitária rega uma mirrada plantinha à janela de seu quarto; o menino que ajuda o amigo a levantar-se de uma queda de *skate*; o rapaz que oferece o lado interno da rua para a namorada caminhar ao seu lado; as meninas que enfaixam a asa quebrada de um passarinho; o político que cria um programa de segurança no trânsito; os pesquisadores que escrevem um livro sobre Integralidade na Saúde; a comunidade que levanta fundos para alimentar uma família em necessidades; o ministro religioso que ora pelos fiéis de sua paróquia; a mãe que acalenta seu bebê; o enfermeiro que ministra medicamentos a um doente; a menina que penteia sua boneca. As diversas ações<sup>14</sup> têm conseqüências diversas, mas um e o mesmo fundamento: a ocupação com a preservação de um outro, o cuidado. Por essa razão, cuidado é sempre *cuidado-por*, uma abertura.

Leonardo Boff também identifica o cuidado como a essência do humano – em outro sentido ao da compreensão heideggereana, entretanto –, afirmando que, em presença dele “estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude” (Boff, 2000). Heidegger reconta a fábula do escravo romano Higino sobre o cuidado, para dizer que o homem, apreendido como composto de corpo e espírito, “possui a origem de seu ser no cuidado” (Heidegger, 1999, p. 264), e que este – o cuidado – possui uma anterioridade que cunha, mantém e domina o ser-no-mundo. O cuidado, portanto, é a primeira de qualquer outra “marca” constitutiva do que é humano.

No entanto, observamos que a natureza está em geral entregue à predação e ao combate mortal entre espécies e indivíduos em busca da própria sobrevivência. Não há cuidado nas sementes levadas por quilômetros pelo vento e que fecundam

terras estranhas, ou nos ovos largados ao tempo pela maioria dos répteis, ou na geração solitária e em quantidades astronômicas de milhares de espécies de insetos, ou no “fratricídio” do filhote de albatroz, que esmaga os outros ovos e expulsa do ninho os demais filhotes, para ser o único a ser “cuidado” pelos pais.

Se há igualmente predação, combate e fratricídio de diversos modos na comunidade humana, devemos concluir daí que tais idéias expressam de modo inequívoco nossa identidade dicotômica no mundo, de sermos a um só tempo “humanos” e “animais”. Resistindo à fórmula maniqueísta de atribuímos o que é “bom” ao humano e o que é “mau” ao animal, penso que talvez seja essa tentativa – vã, por certo – de varrer o “animal” para baixo do tapete a causa de inúmeros problemas na compreensão de nossa trajetória nesse mundo.

O humano é o único *capaz de cuidar* (cuidado-por, e não meramente cuidado-para, com fim em vantagens para si mesmo), e por isso é o cuidado constitutivo dele e apenas dele<sup>15</sup>. Mas se não há um interesse evidente e imediato na preservação de si ou mesmo na preservação de sua espécie, onde é que se funda o cuidado no dizer humano? Para Heidegger, funda-se na *angústia*.

Elucidar, ainda que em parte e de modo imperfeito, o conceito de angústia em Heidegger requereria mais espaço do que o que dispomos aqui. No entanto, para efeitos da compreensão que necessitamos para prosseguir, basta sugerir que tal angústia não é angústia “de algo”, “não vê um “aqui” e um “ali” determinado, de onde o ameaçador se aproximasse”. Heidegger diz que “ela não sabe o que é aquilo por que se angustia” (Heidegger, 1999, p. 250). A angústia que funda o cuidado só é capaz de fazê-lo porque “oferece o solo fenomenal para a apreensão da totalidade originária do *Dasein*” (Heidegger, 1999, p. 245). Não é preciso muito para que reconheçamos de imediato essa “totalidade originária” como o “nosso” *hólos*, não só em relação ao *Dasein*. Por que há o cuidado, e em que fundamentalmente ele consiste? A resposta é única: o cuidado é a expressão humana da nostalgia do *hólos*<sup>16</sup>, e nisso consiste: na contínua, incessante e infinita recondução a ele. No dizer de Heidegger, os fenômenos identificados com o cuidado são “vontade, tendência, desejo, propensão”. O cuidado, em seu “tender-a”, tende “fenomenalmente” a um outro, a quem deseja preservar; no entanto, em si mesmo tende incessantemente ao *hólos*, ao todo-inteiro.

O cuidado traz algo de materialidade, já que é sempre “ocupação”, além de “pré-ocupação”. Cuidado expressa-se na ação, e não se pode pensar em “cuidado” sem que este esteja diretamente associado a uma “ação de cuidar”.

Penso que respondemos de modo satisfatório ambas as perguntas que ainda persistiam. Qual é a materialidade do *hólos*? O *cuidado* e o *cuidar* (e ambos são o mesmo). A resposta à questão de “por que a Integralidade se apresenta

essencialmente como tal no cuidado” parece igualmente demonstrada, por ser praticamente impossível pensar em alguma “materialização” da Integralidade na Saúde sem que haja fundamentalmente alguma relação com o cuidado, sem que haja um “cuidar”, seja na íntima relação médico-paciente, seja na integração de saberes vários, seja na formulação de uma política ou sistema de saúde.

Finalmente, há uma derradeira dúvida a esclarecer. Se a Comunicação aponta para o *hólos* e tem como objetivo reduzir, relativizar e romper a barreira entre um e outro rumo à unidade, e se o cuidado funda-se na nostalgia do *hólos* e expressa-se por um “sair de si” em direção à alteridade, a princípio parece que estamos falando exatamente da mesma coisa. Em um certo sentido, sim, há uma extraordinária interdependência entre a comunicação (caminho e meio da Integralidade) e o cuidado (onde a Integralidade é essencialmente ela mesma). Essa interdependência é atestada pelo fato de que *não há ação de cuidar que não seja uma ação comunicativa*. Nesse ponto, são conceitos conversíveis, pelo que podemos dizer que cuidado é sempre comunicação – no sentido próprio de tornar-comum, estabelecer um contato direto com um outro – do mesmo modo que podemos dizer que comunicação é sempre cuidado – no sentido de ocupação e preocupação com um fora-de-si.

Se são assim tão contíguos, e se ambos tendem incessantemente ao *hólos*, o que é que os diferencia? Apenas um detalhe: no cuidado, ao contrário da Comunicação, não cabem ambigüidade, suspeição, equívoco ou mentira. Se comunicação é sempre devir e tender-a, o cuidado – ainda que igualmente seja um devir e um tender-a – de fato *realiza hólos*, realiza a Integralidade, mesmo que num instante. Exemplificando, podemos dizer que, num diálogo, há um tender incessante ao *hólos* quando dois entes tornam comum algo que a princípio era privativo de cada um (idéias, sentimentos, afecções). Na representação mais clássica do cuidado, em que uma enfermeira limpa o curativo de um doente, há certamente um “diálogo”, ainda que ambos não troquem uma única palavra. Mas há, além disso, um realizar do *hólos*, uma completude instantânea e fugaz, um *hèn pánta* originário nesse simples ato de cuidar a nos mostrar que, nesse brevíssimo instante, *o mundo está completo*. Na cena muda na penumbra de um pequeno quarto, *espanto*: tudo é um.

## 6. Linguagem: gramática, sintaxe, semântica

Uma vez identificado o parentesco entre Integralidade e Comunicação, tendo como elo fortíssimo o cuidado, enxergar a Integralidade como linguagem (= sistema de signos) parece consequência natural. Seria possível entender a

Integralidade como linguagem a partir de vários olhares. Ao adotar um certo caminho, necessariamente estamos abrindo mão de muitos outros possíveis. A escolha pela semiótica peirciana como “nosso” caminho se deve à sua grande abrangência e às idéias de Charles Sanders Peirce que, em relação à própria ciência que praticamente formulou sozinho, disse que com isso estaria tentando “uma análise do que aparece no mundo” (Peirce, 1985, p. 22).

Tomar Integralidade como um sistema de signos implica inicialmente entrarmos num acordo acerca do que chamamos “signo”. Ao longo dos oito volumes que reúnem parte da obra editada de Peirce<sup>17</sup>, existem cerca de 30 definições de signo, mas podemos partir de uma das mais simplificadas. Para Peirce, leitor de Kant, o conhecimento só é possível por meio de signos. Estes têm um caráter de “procuradores” dos objetos que, enquanto tais, são incognoscíveis. Assim, Peirce diz que um signo é “aquilo que, sob certo aspecto ou modo, representa algo para alguém” (Peirce, 1985, p. 46). “Representa”, nesse caso, é um “está para”, “está no lugar de”. O signo tem, portanto, um lugar de mediador entre um objeto e a mente, e é diante disso que Peirce chega a afirmar que “o mais elevado grau de realidade só é atingido pelos signos, isto é, por idéias tais como as de Verdade, Retidão, etc” (Peirce, 1975, p. 135). “Integralidade” é uma dessas idéias-signo, certamente.

Integralidade-signo, portanto, é Integralidade tal como “aparece”, tal como a podemos percebê-la fenomenicamente, nos diversos espaços dos processos, saberes e práticas da saúde. As categorias peircianas nos ajudam a compreender seus modos no mundo<sup>18</sup>, segundo os “modos elementares fundamentais da consciência” (Peirce, 1985, p. 14). O primeiro modo é a consciência passiva da *qualidade*, como um instante no tempo, uma impressão, sem reconhecimento ou análise; o segundo modo tem o sentido de *resistência, relação, ação e reação*; e o terceiro modo é uma consciência sintética, que reúne tempo, sentido de aprendizagem, *pensamento*. Ao primeiro modo, chamou Peirce “Primeiridade” (*Firstness*), e suas idéias dizem respeito a possibilidades, a qualidades em si mesmas, à sensação; ao segundo modo denominou “Secundidade” (*Secondness*), cujas idéias relacionam-se à existência, a causa/efeito, à polaridade, ao mundo; e ao terceiro modo chamou Peirce “Terceiridade” (*Thirdness*), referindo-se à idéia de qualquer aspecto mental, universal, seja lei ou razão.

Segundo ele mesmo, essas três categorias são uma nova tentativa de expressar “aquilo que Hegel procurou caracterizar com seus três estágios de pensamento [*tese, antítese, síntese*] (...) e às três categorias de cada qual das quatro tríades da tabela de Kant” (Peirce, 1975, p. 137). Peirce classificou os signos em tríades – a

partir das categorias – segundo suas relações com ele mesmo, com seu objeto e com seu interpretante. A classificação que nos interessa diz respeito à relação do signo – que em si mesmo é uma tríade – com seu interpretante – que por sua vez é também um signo. Para nós e agora, o que interessa são os *sentidos* possíveis a partir do signo. Assim, ele pode ser um *termo* (relacionado à Primeiridade), nomeando algo como mera aparência e qualidade de ser, sem atribuir um valor de verdade (exemplo: “*Homem*”); ou ele pode ser uma *proposição* (relacionado à Secundidade, ao existente), expressando uma relação com o mundo e, portanto, a possibilidade ser ou não ser o caso (exemplo: “*Todo homem é mortal*”); ou, finalmente, o signo pode ser um *argumento* (relacionado à Terceiridade, à razão), expressando um silogismo, um juízo completo (exemplo: “*Todo homem é mortal; Sócrates é homem; Sócrates é mortal*”).

Segundo essas categorias e classificações, e segundo a compreensão peirciana de que todo o nosso conhecimento depende dos signos e que só por meio deles temos acesso ao mundo, procuraremos enxergar a Integralidade como ela se mostra, numa primeira tentativa de descrever uma *semiótica* (= sistema de signos) da Integralidade, segundo seu “aparecer” como *possibilidade*, como *realidade* e como *razão*.

Toda linguagem – sistema de signos – pode ser entendida a partir de uma *gramática* que, em sentido estrito, é o estudo de seus elementos mais simples e de suas funções; de uma *sintaxe* que, parte da gramática, trata das relações desses elementos entre si na estrutura da frase e das frases no discurso; e de uma *semântica*, que trata da significação, dos sentidos de um dado elemento ou texto<sup>19</sup> (Câmara Jr, 1984).

Nosso trabalho, agora, ao nos defrontarmos com a Integralidade enquanto signo e linguagem, tratará de, a partir de certo *corpus*, em primeiro lugar identificar seus elementos mais simples, apontando funções, “lugares” e sentidos destes; em segundo lugar e a partir do momento anterior, identificar e traçar as relações entre esses elementos para, por fim, compreender seus sentidos e significação. Nosso *corpus* consiste nos artigos que compõem os dois livros organizados pelo Lappis, “Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde”, publicado em 2001, e “Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde”, publicado em 2003.

Todos os artigos desses dois livros têm como pano de fundo a Integralidade na saúde, segundo diversos campos, modos e aspectos, e nosso trabalho consiste em recolher, desses artigos, “palavras-signo” da Integralidade, identificando suas relações entre si segundo as categorias já descritas. O objetivo principal, no entanto, é observar de que modo tal “gramática da Integralidade” se confunde

facilmente com uma “gramática da Comunicação”. Como já adiantamos, é o *cuidado* a “cola” que une fortemente uma e outra.

## 7. Integralidade como Signo

Propor uma correlação direta entre Comunicação e Integralidade significa identificar o quanto todos os sentidos associados à Integralidade são naturalmente impregnados de ações e conceitos de comunicação. A justificativa da associação entre os dois termos já foi desenvolvida acima, mas vale ressaltar que essa interseção e interdependência ultrapassa as semelhanças constitutivas do conceito e realiza-se também no âmbito da prática, na Integralidade vista como intervenção e na comunicação entendida como ação social.

O exercício que será desenvolvido neste tópico tenta explicitar o quanto há de princípios e práticas de comunicação nas diversas definições e abordagens que vêm sendo dadas à questão da Integralidade. Seja na discussão do conceito, na narração da história, na proposição de usos ou na descrição de uma experiência, em todos os artigos das duas coletâneas é sugerida, ainda que implícita e subjacente a termos que vêm sendo apropriados pelo campo da saúde, a importância da comunicação.

Para identificar as palavras-signo que ajudam a definir a Integralidade, elegemos algumas categorias<sup>20</sup> que são, na verdade, a nomeação dos seus sentidos principais, que caracterizam *ações de comunicação*. São elas:

- A. Escuta/tradução;
- B. Negociação/escuta;
- C. Polifonia/polissemia;
- D. Diálogo/troca;

Todas as tabelas apresentadas abaixo seguem um mesmo modelo. Na primeira coluna estão destacadas as frases retiradas dos artigos, com indicação dos autores e número de página. Essa coluna associa-se à categoria peirciana da Terceiridade (um discurso), e como tal é tratada como um *Argumento*, isto é, como um juízo completo. Na coluna 2, estão curtas frases, destacadas do texto, que dão pistas sobre a categoria/sentido atribuída ao fragmento. A essa coluna corresponde a Secundidade peirciana, marcada pela “existência”, ação e reação no mundo, e é tratada como uma *Proposição*. Por fim, na terceira coluna, extraímos espécies de palavras-parentes dos conceitos de Integralidade, Cuidado e Comunicação. A Primeiridade peirciana está aqui representada, em seus *Termos*, expressando a qualidade de ser.

A. Integralidade = **escuta/tradução** = comunicação

<p>"Integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos." Ruben Mattos, 'Os sentidos da Integralidade', p.63</p>	<p>Integralidade é reconhecer, ouvir e quebrar barreiras na relação com o outro</p>	<p>Escuta Diálogo Abertura Alteridade</p>
<p>"A homeopatia, por ser centrada na terapêutica e não na diagnose, utiliza a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta, exigindo que o médico homeopata se aperfeiçoe cada vez mais na arte de interrogar." Alda Lacerda e Victor Valla, 'Construção da Integralidade', p. 182</p>	<p>Ouvir o outro é instrumento da terapêutica.</p>	<p>Escuta Conversa Pergunta Interesse</p>
<p>"Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente. É fato que as pessoas usualmente procuram médicos e profissionais de saúde por apresentarem um sofrimento. A razão da medicina, da qual extrai sua legitimidade social, é a capacidade de responder ao sofrimento humano." Ruben Mattos, 'Os sentidos da Integralidade', p.48</p>	<p>Responder ao sofrimento humano, papel da medicina, é ir além do sintoma manifestado.</p>	<p>Escuta Observação Pergunta Interesse Papel</p>
<p>"Na presente contribuição, o acolhimento também é visto como uma espécie de mola-mestra da lógica technoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede technoassistencial de um serviço de saúde. A particularidade, aqui, será abordá-lo de uma perspectiva essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde." Ricardo Teixeira, 'Construção da Integralidade', p. 99</p>	<p>A conversa promove o acolhimento e é a principal ferramenta do serviço de saúde.</p>	<p>Conversa Acolhimento Papel</p>
<p>"Para o sujeito que sofre, essa é uma experiência concreta, primária, que não admite negociação. Quando esse sujeito busca formas específicas de cuidado, procurando a atenção médica, antes que qualquer médico formule um diagnóstico, ele próprio já se considera na condição de paciente. Da percepção desse sofrimento, na interação com os códigos culturais para seu entendimento e apresentação, e dos recursos tecnológicos disponíveis, surge a demanda por serviços de saúde." Kenneth Camargo, 'Construção da Integralidade', p. 38</p>	<p>Demanda por serviços em saúde é definida por busca por cuidado, comunicação e compreensão da necessidade e tecnologia.</p>	<p>Auto- conhecimento Escuta Diálogo Linguagem Tradução</p>

O primeiro bloco de definições da Integralidade que se associam diretamente com a comunicação refere-se ao comportamento do profissional de saúde, dimensão mais pessoal da prática da Integralidade.

“Escuta” é aqui entendida como uma característica desejável da relação entre profissional e usuário do sistema de saúde. Está associada ao ato de despir-se da armadura do conhecimento técnico-científico e dispor-se a *ouvir o outro*, como alguém que sabe algo sobre o mundo e sobre si mesmo. Quando esse desprendimento e disponibilidade são capazes de subsidiar ações que se revertam

em um melhor atendimento do paciente individual e uma maior capacidade de acolhimento por parte do serviço em que esse profissional está inserido, configura-se o que aqui está-se chamando de *tradução*. Traduzir significa, então, partir da escuta do outro para transformar sua ação, no desempenho do seu papel – aquele que, no microespaço da relação, o faz diferente do outro.

O ato de escuta e tradução indicado nas falas e nas palavras a elas associadas no quadro acima representa a operacionalização, no serviço de saúde, do reconhecimento de um saber que não substitui, mas complementa e dialoga com o conhecimento biomédico.

Escutar para transformar (traduzir) envolve, precisamente, um movimento que caracteriza o fazer da comunicação. Significa circular por outros campos de conhecimento e diferentes experiências, com olhos e ouvidos atentos, colhendo informações que subsidiem seu trabalho, sem perder a noção do seu espaço de fala e ação e consciente de que essa viagem deve se materializar em respostas no final do processo.

Para traduzir é preciso, além de escutar, compartilhar um mesmo código, entender sinais, ainda que aparentemente “estranhos”, e torná-los cambiáveis. Isso requer debruçar-se sobre a linguagem: da fala, do corpo, dos sintomas, dos silêncios. Para decifrar e compartilhar (traduzir) linguagens, é preciso entrar no terreno da mediação social – no espaço micro do consultório ou no ambiente macro da política –, que faz parte, essencialmente, do campo da comunicação.

B. Integralidade = **negociação/escuta** = comunicação

<p>"Esta (a integralidade) é entendida aqui no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção dos sistema de saúde." Roseni Pinheiro e Madel Luz, 'Construção da Integralidade', p. 17</p>	<p>Integralidade se dá na interação democrática entre os atores sociais.</p>	<p>Relação Diálogo Prática social</p>
<p>"(...) nem todas as doenças foram ou são consideradas problemas públicos. De fato, poucas entram para a agenda governamental brasileira. A inclusão ou não de uma doença na agenda governamental é sempre política, no sentido de que sempre é o produto da negociação entre diferentes grupos que demandam e/ou resistem a essa inclusão." Ruben Mattos, p. 51</p>	<p>Eleger prioridades nas políticas públicas depende de negociações sociais, inclusivas ou excludentes.</p>	<p>Negociação Política Prioridade Inclusão Exclusão</p>
<p>"Mais do que apresentar novos sentidos da integralidade da atenção e da gestão descentralizada ou reafirmar sentidos esquecidos nos últimos anos, a experiência relatada e analisada indica a potência de transformação que tem uma escuta da gestão comprometida ética e politicamente com o SUS e a vitalização da saúde, das muitas saúdes que podem se expressar em cada contexto." Alcindo Ferla, Ricardo Ceccim e Maria Leticia Pelegrini, 'Construção da Integralidade', p. 83</p>	<p>A disposição de escuta de uma gestão comprometida abre espaço para a Integralidade e a melhoria das diversas saúdes</p>	<p>Escuta Comprometimento Interesse Diversidade Gestão</p>
<p>"Outra dimensão, igualmente com potência para constituir-se em sentido para a integralidade da atenção à saúde, desdobra-se da direttriz constitucional de participação da população (...)" Alcindo Ferla, Ricardo Ceccim e Maria Leticia Pelegrini, 'Construção da Integralidade', p. 63</p>	<p>Participação popular é um dos sentidos da Integralidade</p>	<p>Participação Diálogo Canal</p>

Este quadro destaca a presença da comunicação no caráter de negociação da Integralidade, que abrange três diferentes níveis. O primeiro diz respeito à relação pessoal no interior das equipes de saúde. O dia-a-dia dos serviços e mesmo a execução de políticas públicas que se voltam para questões próximas à Integralidade – como o Programa de Saúde da Família (PSF) – dependem da formação e do bom funcionamento de equipes multiprofissionais. São médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes comunitários de saúde e muitos outros profissionais, com diferentes níveis e áreas de formação que, em sua maioria, por uma ineficiência do processo formador na saúde, só vão se encontrar, se conhecer e tentar interagir quando chegam aos serviços. A busca pela Integralidade, nesse sentido, significa negociar verdades, saberes, sentidos, experiências e expectativas.

Associando essa situação ao mito de Babel, temos que as diversas linguagens e os diferentes repertórios impõem um ambiente de comunicação que é, ao mesmo tempo, potencialidade e interdição. É no espaço da comunicação que as negociações diárias se dão e é também nesse terreno que ouvir e negociar mostram-se como uma busca constante, o esforço diário contra a incompletude – natureza própria da comunicação. Alinhando essa relação e fazendo com que ela possa se materializar em momentos integrais, está a busca pelo cuidado.

O segundo nível de negociação da Integralidade refere-se à relação entre os serviços e unidades de saúde e assemelha-se muito às necessidades e dinâmicas – de Integralidade, cuidado e comunicação – das equipes de profissionais, descritas acima. Falamos aqui de relações entre diferentes equipes (cada uma com diferentes profissionais), diversos níveis de associação que, olhados de fora, evidenciam um emaranhado de redes que precisam se relacionar para compor a rede pública de saúde.

Finalmente, o terceiro aspecto da Integralidade associada à negociação relaciona usuários diretamente ao sistema de saúde, por meio daquilo que o torna dinâmico: as políticas públicas. Falamos aqui de participação popular na determinação de prioridades, na avaliação dos serviços, na aplicação da verba pública. Falamos, portanto, daquilo que, no movimento da Reforma Sanitária, foi denominado “controle social”.

Nesse ponto, chegamos ao que talvez seja a concepção mais próxima da comunicação como articulação entre prática e meio. Construir uma política de comunicação e informação em saúde, que articule diferentes esferas da sociedade e regiões geográficas tem sido o caminho mais apontado para a

efetivação do controle social. Isso significa dizer que, para participar e intervir na formulação das políticas, a população precisa, por um lado, conhecer, estar informada e, por outro, ser ouvida. Tratamos aqui claramente de comunicação como meio – necessidade de se criarem canais de informação – e como prática, via de mão dupla, jogo entre informação e escuta: *negociação*.

### C. Integralidade = **polissemia/polifonia** = comunicação

"Nele (universo simbólico presente na cultura atual) a diversidade de atribuições de sentidos e significados, de representações, adoção de identidades individuais e coletivas no campo da saúde gera o que denominamos monopólio simbólico da saúde." Madel Luz, 'Os sentidos da Integralidade', p.25	Múltiplos sentidos e identidades formatam o monopólio simbólico da saúde.	Polissemia Multiplicidade Monopólio Negociação
"Isto significa (...) retomar a práxis como campo de conhecimento para entender a mediação entre agente social e sociedade, através do reconhecimento da existência de relações dialéticas entre a objetividade do conhecimento construído pelos atores envolvidos e subjetividade dos arranjos estruturados nas quais essas relações se renovam e se multiplicam." Roseni Pinheiro e Madel Luz, 'Construção da Integralidade', p.29	A prática configura-se como espaço de conhecimento e mediação social.	Prática Alteridade Conhecimento Dialética Mediação
Entendemos ser esse espaço [o cotidiano dos serviços de saúde] onde a política ganha materialidade social e expressam as formas de criação e apropriação da produção da vida coletiva [...] e os conhecimentos destinos (economia, da política e da cultura) encontram-se em permanente interação." Roseni Pinheiro 'Os sentidos da Integralidade p. 65 e 67	O cotidiano dos serviços são espaços públicos de inter-relacionamento de campos de conhecimentos distintos.	Coletividade Intersubjetividade Interação Reciprocidade Sociabilidade

Os principais trabalhos desenvolvidos na área vêm tratando Integralidade como um termo polissêmico. Polissemia aponta para uma idéia com múltiplos sentidos e representações, associados às necessidades e práticas dos sujeitos. A noção de Integralidade como diversidade – conflito, busca e escolha – mais uma vez nos remete ao mito de Babel e, portanto, à comunicação.

Ao adjetivo polissêmico podemos acrescentar a idéia de Integralidade como polifonia e, mais uma vez, reconhecer seus diversos sentidos como constituintes claros do campo da comunicação. A idéia de polifonia vem sendo desenvolvida por Inesita Araújo na proposição de modelos que inserem a comunicação nos processos de intervenção social. Diz ela: “Comunicação é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio de discursos. Esse processo caracteriza um mercado

simbólico, no qual o circuito produtivo é mediado por uma permanente negociação” (Araújo, 2004, p. 167).

Polissêmica e/ou polifônica, o importante é caracterizar a Integralidade como marca do diverso, da comunhão e embate entre saberes e experiências. E mesmo na construção de “monopólios”, como o monopólio simbólico da saúde, mencionado em uma das falas da tabela acima, esse caráter de multiplicidade aproxima-se da comunicação. Buscar a unidade no diverso e a Integralidade no terreno das diferenças tem seus riscos. Eis a torre inacabada, ambigüidade, contradição, percurso e, por vezes, falsa edificação: *comunicação*.

#### D. Integralidade = **diálogo/troca** = comunicação

"Ao encaminhar dona Vânia aos especialistas, dra. Norma parece transferir a responsabilidade do cuidado, em vez de compartilhá-lo com outros profissionais." Aluisio Silva Junior, 'Construção da Integralidade', p. 123	Cuidado não se transfere, compartilha-se.	Fluxo Unidirecionalidade Compartilhamento Cuidado
"Destaca-se, também, a pouca comunicação entre os profissionais que atendem a dona Vânia. Em muitos casos, essa multiplicidade de especialistas, desarticulados na atenção à usuária, leva a ações sobrepostas, repetidas, às vezes desnecessárias e pouco resolutivas." Aluisio da Silva Junior, 'Construção da Integralidade', p. 124	Falta de comunicação entre diferentes profissionais gera ineficiência no atendimento.	Fluxo Rede Ruído Redundância
"Na medida em que a medicina de família possa realizar suas práticas de aconselhamento compreendendo o outro no sentido de perceber a dimensão do outro, de apreender a diferença, de modo que os conselhos não sejam estabelecidos com base na sua própria visão de mundo, mas permitindo que interceda uma reflexão sobre a diversidade cultural na qual se encontram envolvidos a trílogia médico-paciente-comunidade talvez seja possível promover a saúde das pessoas e das comunidades em um sentido integral, sem dar lugar a uma maior medicalização da sociedade." Octavio Bonet, 'Construção da Integralidade', p. 141	Integralidade depende de ouvir, dialogar e respeitar o outro como diferente.	Escuta Diálogo Alteridade
"O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital." Luiz Carlos Cecílio e Emerson Mehry, 'Construção da Integralidade', p. 198	O cuidado é resultado de um processo contínuo que envolve atos, fluxos, saberes e disputa e se torna Integralidade na articulação entre os profissionais.	Cuidado Processo Fluxo Continuidade Interação Articulação

<p>"A ânsia do profissional de saúde em passar uma quantidade enorme de informações inviabiliza a implementação de estratégias mais participativas. Então, os aconselhadores assumem o papel de professores, determinam que os clientes serão os alunos e partem para dar uma aula expositiva, inclusive com quadro de giz. Assim ficam determinados os papéis: profissional de saúde que se equivale ao professor tradicional, que detém o saber; e o cliente, mero aluno que deve se comportar de forma passiva nesse processo." Carla Luzia Araujo, 'Construção da Integralidade', p. 147</p>	<p>Profissionais de saúde praticam aconselhamento com modelo educacional de comunicação unidirecional.</p>	<p>Conselho Informação Educação Fluxo Unidirecionalidade</p>
<p>"O apoio social tem origem no pensamento acadêmico, a partir da década de 80, e aponta para a possibilidade de enfrentamento os problemas de saúde-doença, via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos." Alda Lacerda e Victor Valla, 'Construção da Integralidade', p.173</p>	<p>A solidariedade e o apoio mútuo são instrumentos para enfrentar problemas de saúde.</p>	<p>Solidariedade Apoio mútuo Relações Enfrentamento</p>
<p>"Ao enfatizar a importância dos relacionamentos sociais no processo de saúde-doença, o conceito de rede social também assume relevância. A rede é definida como uma teia de relações sociais que circunda os diversos indivíduos conectados pelos laços ou vínculos sociais (Bowling, 1994), permitindo que os recursos de apoio fluam através desses vínculos." Alda Lacerda e Victor Valla, 'Construção da Integralidade', p. 174</p>	<p>A ideia de redes sociais valoriza os vínculos, os relacionamentos e o apoio mútuo para enfrentar os problemas de saúde.</p>	<p>Redes Solidariedade Apoio mútuo Vínculo Enfrentamento</p>

Na referência ao diálogo, nos remetemos a um conjunto de sentidos que trata da organização das equipes de saúde e da relação entre os serviços. Embora a palavra diálogo seja indissociável da “escuta” e da “tradução”, presentes no quadro “A”, esse termo está sendo aqui utilizado como definição de um processo, mais do que de um tipo de comportamento.

Observamos que todas as falas recortadas destacam a necessidade de interação entre os profissionais das diferentes categorias – médicos, enfermeiros, agentes comunitários. Seja no espaço particular de uma unidade de saúde ou no âmbito sistema dos processos de formação dos profissionais, por exemplo, o contato, a conversa, as trocas (o diálogo) entre aqueles que compõem as equipes de saúde são apontados como um componente fundamental na direção da Integralidade.

Mais uma vez, diálogo – e a palavra é bem propícia para essa conclusão – remete diretamente a processos de comunicação. A primeira associação é óbvia e imediata: conversar implica comunicar-se. Mas podemos ir adiante e dizer que “dialogar”, no sentido que queremos aqui ressaltar, significa informar e ser informado; ensinar e aprender; articular conhecimentos e experiências. Nesse processo, a Integralidade buscada e construída não atinge apenas o usuário, mas, talvez principalmente, os próprios profissionais, que se “desfragmentam” e

passam a se reconhecer e agir como parte de um todo. Nesse sentido, a concepção de diálogo presente nas falas acima tem como consequência última fortalecer os vínculos entre os atores.

Estão destacadas no quadro falas que tratam da Integralidade como troca a partir de dois aspectos em especial: o dos relacionamentos ditos “informais” e o da educação. Referindo-se aos relacionamentos informais, a Integralidade apresenta-se como um desarmar-se para as trocas (materiais e simbólicas) que se dão fora dos espaços de formação e de trabalho. Significa pensar a vida, no seu sentido mais amplo, como espaço de experiência e aprendizado mútuo, viabilizado e tornado visível pela ferramenta pedagógica da comunicação.

Por fim, ao se pensar a Integralidade como parte de processos educativos, estamos, no fundo, determinando que tipo de educação e de comunicação queremos praticar. Quando definimos o caminho como de construção de diálogo gerador de autonomia e de busca por um bem comum e não como transferência unilateral, falamos de educação e de comunicação. Arriscamos dizer que encontramos o resumo do que se busca como transformação da formação em saúde: nos espaços formadores, uma *educação mais comunicativa*, nos ambientes de prática e de informação, uma *comunicação mais pedagógica*.

## 8. Inconclusões

Simple assim, embora o caminho tenha sido longo: tudo aquilo (ações, pensamentos, processos) que concorre para a abolição de distinções (saúde/doença, médico/paciente, parte/todo, disciplinas, especialidades, profissões, etc), para a integração (de saberes, de práticas, de perspectivas, etc) e para a completude (do homem, do profissional, do saber, da formação, do serviço, do sistema, etc), concorre para a Integralidade; e tudo aquilo que concorre para a distinção, para a fragmentação, para a disjunção e para a dispersão, não concorre para a Integralidade<sup>21</sup>. Esta é a primeira grande e óbvia “inconclusão” – por sempre devir – deste trabalho: Integralidade é a expressão, no campo da Saúde, do caminho-caminhar de retorno ao *hólos*, o todo-inteiro.

Integralidade é essencialmente *cuidado*, o “lugar” em que ela se materializa e se torna visível. É também onde ela se torna *signo*, onde ela “aparece” segundo vários sentidos e é cognoscível. Promover o cuidado em seus variados aspectos é promover a Integralidade. Não é difícil, a partir das principais palavras-signo identificadas com a Integralidade (*escuta, diálogo, abertura, interesse, acolhimento, tradução, negociação, interação, vínculo*, etc) reparar a total identificação com o cuidado.

Tampouco é difícil observar que tais palavras, agora, podem igualmente se referir tanto aos sentidos da Comunicação quanto aos sentidos da Integralidade.

Promover a Integralidade na Saúde depende, portanto, por vezes até necessária e fundamentalmente, da promoção de *ações e processos de Comunicação*. Como é facilmente perceptível, este artigo cuidou – e a palavra nos parece extremamente apropriada, nesse momento – de estabelecer as relações entre a Integralidade e a Comunicação, por um lado traçando o parentesco conceitual e por outro apontando, ainda que sem aprofundar-se, sua interdependência nas práticas. Tais relações, uma vez identificadas e compreendidas, abrem mil caminhos a serem explorados, caminhos de pesquisa e de ações, a serem trilhados por nós mesmos – se tivermos fôlego e tempo – e por outros, mais competentes e talentosos. Lançados por terra, fragmentos dispersos, diversos e plurais, espanto: ainda assim – e por isso mesmo! – somos capazes de ver e promo-ver o retorno ao *hólos* que nos é original. A busca é o próprio fim, e seguimos construindo nova(s) torre(s), até chegarmos aos céus. Mas, *quando?* Nunca. E sempre.

## Notas

<sup>1</sup> Filósofo e jornalista da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Jornalista da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Com o sentido de promover a fluidez do texto ao leitor não familiarizado com os caracteres gregos, optei por grafar as palavras gregas segundo sua transcrição fonética, ao contrário do que seria recomendável para este artigo. Para registro da grafia “grega” das palavras mais utilizadas neste ensaio, apresento-as aqui *τί ἐστίν* (*ti estin*); *ἀρχή* (*arché*); *ἦν πάντα* (*hèn pánta*); *ὅλος* (*hólos*); *ὁδός* (*hodós*). A fonte utilizada é a *Graeca*.

<sup>4</sup> *Ti estin* é a pergunta grega por excelência, a pergunta pelo Ser: “*O que é ... ?*”.

<sup>5</sup> A intensão (ou *compreensão*) de um conceito diz respeito aos seus atributos. O conceito de “rato” contém, entre outros, os atributos “animal”, “mamífero”, “roedor”. Cada um desses atributos é também um conceito, e assim gera-se uma cadeia de infinitas relações. A extensão de um conceito, por outro lado, refere-se a todos os objetos que “caem sobre” tal conceito, isto é, todos os ratos singulares e animais semelhantes que possam ser identificados por ele em determinado uso.

<sup>6</sup> No diálogo platônico “O Banquete”, a estrangeira Diotima traça uma seqüência, nos passos 210 e 211, da construção do conceito abstrato de Beleza: a princípio reconhece-se a beleza de um corpo, depois de um só para dois e de dois para todos os belos corpos, e dos belos corpos para os belos ofícios, e dos ofícios para as belas ciências até que das ciências acabe “naquela ciência, que de nada mais é senão daquele próprio belo”, até por fim conhecer o belo em si” (Platão, 1987, p.42). A mais bela ciência citada por Platão é a dialética.

<sup>7</sup> Deliciosa expressão inventada por Lewis Carrol para designar termos que podem conjugar em si inúmeros sentidos, alguns deles até mesmo contraditórios entre si.

<sup>8</sup> Como dissemos, é um caminho dentre tantos. Falo a partir do lugar de nossa cultura ocidental e de uma certa tradição do conhecimento. Investigar a origem da mesma idéia nos mestres chineses do Tao (Séc. V a.C.), nos textos védicos da Índia ou nos primeiros mitos semitas são caminhos de pesquisa tentadores.

<sup>9</sup> A versão aqui utilizada é a tradução de João Ferreira de Almeida, editada pela Sociedade Bíblica do Brasil.

<sup>10</sup> *Des Tours de Babel*, título cujo jogo de palavras perde-se em português, já que todos os possíveis sentidos evocados em “*tours*” – torres, voltas, passeios, vezes, viagens, etc – são, em nossa língua, de impossível reprodução em um só vocábulo.

- <sup>11</sup> Emprego tais termos em seu sentido semiótico, assumindo desde a definição de Umberto Eco, que descreve um signo como “qualquer coisa que se pode usar para dizer algo que não é necessariamente o caso” (Eco, 1984), até à proposta hermenêutica de Paul Ricouer, que restaura a metáfora e revela o símbolo como equivocidade (Ricouer, 1988).
- <sup>12</sup> As notas da tradução brasileira de Ser e Tempo (N11 e N12), justificam a opção pelo termo latino “cura” para identificar uma constituição ontológica, enquanto o termo “cuidado” viria acentuar as realizações concretas do *Dasein*. Esta distinção, a nosso ver, não só é desnecessária como propicia mal-entendidos em relação à palavra portuguesa “cura” que, apesar do parentesco com “cuidado”, tem uma especificidade de sentidos que não se coaduna com o escopo dos parágrafos 41 e 42 de Ser e Tempo. Nossa opção, portanto, é nesse ponto “desconsiderar” a excelente tradução brasileira e, baseados no uso corrente dos termos (tanto do alemão *Sorge*, utilizado por Heidegger, quanto do português), sempre utilizar a palavra “cuidado”, a nosso ver mais adequada para expressar o pensamento heideggereano nesse ponto.
- <sup>13</sup> A palavra *Dasein*, o “ser-aí”, é traduzida na edição brasileira como “pre-sença”. Decido assumir a expressão tal como Heidegger a utiliza, por considerar que seu conceito e sentidos são suficientemente conhecidos na obra do filósofo.
- <sup>14</sup> Esses exemplos não levam em conta, naturalmente, a complexidade das *intencionalidades* e contextos das ações. De fato, é possível que ações aparentemente vistas como “cuidado” na verdade sejam simplesmente estratégias para se atingir objetivos próprios e egoístas, e assim a “preservação de um outro” seja meramente um efeito colateral. O ponto é demonstrar que, em toda ação motivada por um sair de si em direção a um outro, há cuidado. Esse “sair de si”, isto é, abdicar dos interesses próprios em favor dos interesses de um outro, pode se dar em vários graus. Esta é uma discussão interessante acerca do cuidado, levando em conta suas diferentes intenções e graus, mas não nos cabe no momento.
- <sup>15</sup> Nesse ponto, concordo com Heidegger, mas rejeito a proposição de Leonardo Boff, para quem o cuidado “é tão ancestral como o universo” e está presente em todas as coisas, como na força gravitacional e no “diálogo da bactéria original com o meio ambiente”, como escreve em seu artigo “Paradigma do Cuidado”, em <http://an.uol.com.br/2003/set/06/0opi.htm>, acessado no dia 10 de junho de 2004.
- <sup>16</sup> Heidegger diz que a angústia funda-se no “nada”. Não é difícil enxergar esse “nada” como uma totalidade originária e inominável, em que as noções de diversidade e multiplicidade (portanto, dos “entes” como tais, e a própria “individualização”) não podem sequer ser pensadas.
- <sup>17</sup> Parte da obra de Charles Sanders Peirce encontra-se reunida nos oito volumes dos *Collected Papers* (1931-58), editados pela *Harvard University Press*. No entanto, existem ainda cerca de 90 mil manuscritos inéditos catalogados pelo *Peirce Edition Project*, em Indianápolis.
- <sup>18</sup> É absolutamente impossível, em curto espaço, descrever as formulações de Peirce em toda a sua riqueza e complexidade. O risco que corro, neste artigo, é apresentar uma descrição reduzida e insuficiente das idéias do filósofo, ainda que restrita à teoria dos signos e às nossas necessidades. Para uma compreensão mais completa da semiótica peirciana, recomendo o excelente trabalho de Lúcia Santaella, “A Teoria Geral dos Signos”, listada na bibliografia, que certamente satisfará a curiosidade dos leitores que desejarem se aprofundar nesse campo.
- <sup>19</sup> Identifico como “texto” não apenas a palavra escrita, mas tudo aquilo que pode ser “lido”, como imagens, gestos, sons, processos, atitudes, esquemas. Poderíamos utilizar, igualmente, a expressão “discurso”. Decidi-me por “texto” em razão da sempre presente intencionalidade subjacente à palavra “discurso”, em comparação com a palavra “texto”. Todo discurso há de ter um autor e uma intenção. Um texto, ao contrário, poderá ter sempre estado-aí (uma paisagem natural, por exemplo), com potencialidade de tornar-se signo (“texto”) conquanto haja um “leitor”.
- <sup>20</sup> Na verdade, as categorias praticamente *impuseram-se*, em decorrência das escolhas acerca dos excertos dos artigos.
- <sup>21</sup> Nem ao menos podemos dizer que concorre *contra* ela, apenas porque tal estado “não-integral” é mesmo a ordem vigente do mundo e de nosso modo corrente de ver, pensar e agir. Se os

fragmentos da torre se encontram já dispersos, impossível dispersá-los *mais*: podemos simplesmente dizer que a torre não está *toda-inteira*.

## Referências

- ANAXIMANDRO, PARMÊNIDES, HERÁCLITO. *Os pensadores originários*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- ARAÚJO, I. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 8, n. 14, 2004.
- BOFF, L. *Saber cuidar*. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CÂMARA JR, J. M. *Dicionário de lingüística e gramática*. Petrópolis: Vozes, 1984.
- COELHO NETO, J. T. *Semiótica, informação e comunicação*. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- COSTA, A. *Heráclito* – fragmentos contextualizados. Rio de Janeiro: Difel, 2002.
- DERRIDA, J. *Torres de Babel*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- DESCARTES, R. *Princípios da Filosofia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.
- ECO, U. *Semiotics and the philosophy of language*. Bloomington: Indiana Univ. Press, 1984.
- FOUCAULT, M. *Les Mots et les Choses*. Paris, Ed. Gallimard, 1966.
- HEGENBERG, L. *Definições* – termos teóricos e significados. São Paulo: Cultrix, 1974.
- HEIDEGGER, M. *A origem da obra de arte*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- \_\_\_\_\_. *Conferências e escritos filosóficos*. São Paulo: Nova Cultural, 1989 (Coleção *Os Pensadores*).
- \_\_\_\_\_. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- JAPIASSU, H; MARCONDES, D. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991
- KANT, I. *Lógica*. Rio de Janeiro: Biblioteca Tempo Brasileiro, 1992.
- MURACHCO, H. *Lingua grega*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- NIETZSCHE, F. *La philosophie à l'époque de la tragédie grecque*. Paris: Gallimard, 1969.
- PEIRCE, C. S. *Semiótica*. São Paulo: Perspectiva, 1985.
- \_\_\_\_\_. *Semiótica e filosofia*. São Paulo, Editora Cultrix, 1975.
- PEREIRA, I. *Dicionário grego-português e português-grego*. Porto: Livraria Apostolado da Imprensa, 1984.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Construção da integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.
- PLATÃO. *Diálogos – O Banquete, Fédon, Sofista, Político*. São Paulo: Nova Cultural, 1987.
- RIKOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- RÓNAI, P. *Babel e antibabel*. São Paulo: Perspectiva, 1970.
- SANTAELLA, L. *A teoria geral dos signos*. São Paulo: Pioneira, 2000.
- SCHLEIERMACHER, F. *Hermenêutica, arte e técnica da interpretação*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- SODRÉ, M. *Antropologia do espelho* – uma teoria da comunicação linear e em rede. Petrópolis: Vozes, 2002.
- TÜGENDHAT, E. *Propedêutica lógico-semântica*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- VÁRIOS. *Os Pré-Socráticos*. São Paulo: Abril Cultural, 1973. Seleção de textos e supervisão: José Cavalcante de Souza (Coleção *Os Pensadores*).
- WALTHER-BENSE, E. *A teoria geral dos signos*. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. São Paulo: Abril Cultural, 1979 (Coleção *Os Pensadores*).



# Epistemologia Numa Hora Dessas? (Os Limites do Cuidado)<sup>1</sup>

KENNETH R. DE CAMARGO JR.<sup>2</sup>

## 1. Que Epistemologia?

O título deste texto parafraseia um recurso recorrente do escritor Luiz Fernando Veríssimo, em sua coluna regular na imprensa brasileira, quando traz de forma jocosa a discussão de temas relevantes sob a forma de poemas, sempre sob o título “Poesia numa hora dessas?”. De forma análoga, pode parecer fora de lugar a discussão de questões teórico-epistemológicas frente às necessidades tão concretas colocadas pela demanda de cuidados de saúde. Ainda assim, pretendo afirmar aqui a relevância de uma perspectiva epistemológica para a discussão da integralidade do cuidado em saúde. Antes de iniciá-la, contudo, parece-me necessário definir precisamente o uso que está sendo feito do termo “epistemologia”.

O uso da palavra “epistemologia” na área de Saúde Coletiva, no Brasil, é freqüentemente assimilado à idéia de “filosofia da ciência”, similarmente ao que ocorre na tradição filosófica francesa (Lalande, 1996, p. 1.128-1.129), possivelmente por sua grande influência na área em questão. O uso que faço, contudo, se relaciona à tradição de língua inglesa, que define epistemologia como o estudo do conhecimento e da justificação (Audi, 1999, p. 273; Greco, 1999, p. 1), sem contudo assumir a possibilidade de um conhecimento absoluto ou infalível (Greco, 1999, p. 2).

A disjunção entre filosofia da ciência e epistemologia é fundamental para os propósitos deste artigo. Embora muitos produtos da ciência tenham particular relevância para o cuidado à saúde, e tanto na produção de conhecimento quanto na intervenção terapêutica a crítica epistemológica seja fundamental, o que se objetiva aqui é explicitamente desvincular a idéia de “conhecimento válido” da de “conhecimento científico”, redução freqüentemente operada nos usos comuns da linguagem (“científico”, “verdadeiro”, “real” e “objetivo” são adjetivos freqüentemente usados como sinônimos ou, no mínimo, facilmente intercambiáveis). Essa disjunção está de algum modo presente, ainda que intuitivamente, no discurso de médicos, com papel relevante na profissão

(Camargo Jr., 2002). Por outro lado, até mesmo para explicitar e justificar essa distinção, é fundamental também discutir, ainda que brevemente, a validação de conhecimentos no interior da ciência.

## 2. Como Conciliar “Construtivismo” e Epistemologia

Os adjetivos “científico”, “verdadeiro”, “real” e “objetivo” e seus cognatos são considerados na linguagem comum como parte de uma mesma família semântica, usados de forma intercambiável, senão mesmo como sinônimos. Não é difícil entender a razão disto: uma forma extremamente difundida de conceber a ciência é tomá-la como uma atividade de retratar fielmente um real que é preexistente e externo, numa forma simples de realismo. Sendo assim, as formas de validação de conhecimentos operadas pela produção científica definiriam o padrão de excelência para tais processos de validação, o que ajudaria a entender até mesmo a superposição da própria epistemologia com a filosofia da ciência.

De modo resumido, essa concepção pode ser descrita como generalista (só se ocupa de leis e descrições universais), mecanicista (o universo pode ser descrito, compreendido – e eventualmente assimilado – a um gigantesco mecanismo) e analítica (o todo é expresso pela soma das partes e, portanto, para estudá-lo, deve-se isolar partes progressivamente menores para estudo) (Camargo Jr., 2003, p. 107). Como consequência, o processo de conhecer, a conduta da pesquisa, implicam necessariamente uma operação de redução – a criação de um modelo esquemático dos aspectos que se deseja estudar, deixando de fora detalhes e relações que, supostamente, não estão diretamente relacionados ao mecanismo em estudo (Harré, 1988; Santos, 1988). Com frequência, contudo, desliza-se da redução para o *reducionismo*, a projeção do modelo esquemático sobre a situação estudada, assumindo o primeiro como a verdade essencial do segundo (Harré, 1988; Santos, 1988). Retornarei a este ponto mais adiante.

Tal concepção tem suas raízes num aspecto particular da imagem de mundo desenhada pela ciência, o *determinismo*. A concepção determinista encontrou sua expressão maior, senão definitiva, num dito célebre de Laplace (1749-1827), proeminente físico e matemático francês:

“Uma inteligência que, por um dado instante, conhecesse todas as forças pelas quais a natureza é animada e a situação respectiva dos seres que a compõem, e que, além disso, fosse vasta o suficiente para submeter esses dados à análise, abraçaria na mesma fórmula os movimentos dos maiores corpos do universo e aqueles do menor átomo: nada seria incerto para ela e o futuro, como o passado, seriam presente a seus olhos” (Laplace, 1884, p. vi-vii – tradução minha).

O determinismo, ao menos na forma colocada por Laplace, foi considerado impossível pela própria Física, em função de desenvolvimentos posteriores (termodinâmica, mecânica quântica, dinâmica não-linear), mas seu apelo enquanto visão de mundo persiste. No que nos interessa em particular, podemos perceber a força das concepções deterministas examinando mais atentamente a epistemologia associada ao realismo simples anteriormente descrito. De forma sumária, poderíamos dizer que, para essa epistemologia, a confiabilidade do conhecimento científico estaria dada, por um lado, por uma descrição exata dos objetos e relações da realidade externa e, por outro, pelo exame racional rigoroso dos dados da experiência (Taylor, 1998, p. 114). Ora, cada um desses termos está centrado em concepções deterministas: a percepção do real é determinada por este de forma unidirecional, e o critério de racionalidade está condicionado à aplicação inflexível, automática e mesmo mecânica (Bates, 2001) de regras lógicas imutáveis – um algoritmo. Ou seja, a concepção de “racionalidade”, neste caso, implica exclusão de qualquer atributo humano – agência, vontade, valor – de sua operação. E, por fim, a própria epistemologia associada também é algorítmica, ou seja, determinista na sua operação, e assume a possibilidade de um critério de demarcação único que separe, de modo inexorável e automático, ciência e pseudociência, ciência e metafísica, ou qualquer outra oposição que se queira enfatizar.

Essa visão esquemática da ciência foi sendo progressivamente criticada e mesmo erodida ao longo das últimas quatro décadas, ao menos. Mais e mais autores colocam em questão essa imagem mecânica da ciência, propondo, em lugar de um processo de descoberta de “coisas” desde sempre existentes, a idéia de contínua construção de objetos e conhecimentos<sup>3</sup>. Esse “construcionismo”<sup>4</sup> coloca em questão a perspectiva da ciência clássica (objetividade-realismo-verdade por aproximação do “real”) e, por consequência, a perspectiva de validação do conhecimento passa a ser um problema. Com efeito, Rorty chega a propor o fim da epistemologia como consequência da virada pragmática (Rorty, 1988).

Kuhn, em entrevista publicada postumamente, ilustra o dilema com o seguinte comentário acerca de um convite que recebera para participar de um julgamento envolvendo o criacionismo, no Arizona:

“Olha, esse eu recusei por uma razão que acho excelente. [As pessoas que me procuraram estavam resistindo aos criacionistas, eu era simpático à causa deles, mas] eu acho que não tinha a menor chance... Quer dizer, eu estava sendo usado pelos criacionistas, pelo amor de Deus! Pelo menos em algum grau. E eu não acho que havia qualquer jeito de alguém que não acredita numa Verdade, e em se aproximar cada vez mais dela, e que pensa que a essência da demarcação da

ciência é a solução de enigmas, conseguir dar o recado. E eu pensei que eu ia fazer mais mal do que bem, e foi isso que eu disse a eles” (Baltas, Gavroglu e Kindi, 2000, p. 321-322 – tradução minha).

Está posto, portanto, para nós, que adotamos em algum grau visões de mundo que se alinham às perspectivas genericamente denominadas construtivistas, um problema: como recusar os absolutos e ainda assim pensar em validação de conhecimentos? Uma resposta detalhada ultrapassaria em muito o limite de espaço de que disponho aqui, mas pretendo indicar ao menos as linhas gerais de argumentação que acredito dar sustentação a essa possibilidade, bem como indicar referências bibliográficas que a suportam.

### 3. Uma Epistemologia de/em Processo

Contudo, a explicitação do sentido que assumo para epistemologia coloca o problema da definição de conhecimento: este texto trata do conhecimento proposicional ou factual (Huemer, 2002, p. 435). Usualmente a discussão dessa definição desemboca na chamada análise tripartite (conhecimento é (a) uma crença; (b) verdadeira e (c) justificada<sup>5</sup>), por si só objeto de outros tantos problemas, a ponto de Hacking incluir “conhecimento” na sua lista de “*elevator words*”, palavras que são chamadas a trabalhar num patamar superior ao usualmente utilizado para descrever fatos e idéias (Hacking, 1999, p. 22-23). Sem entrar ainda nos detalhes da discussão, chamo a atenção para o fato de que o que é designado “conhecimento proposicional” se resume a simples asserções com base factual. Neste sentido, um exemplo específico da medicina seria algo como “o HIV é a causa da AIDS”, ou “pneumococos usualmente respondem à penicilina” (é evidente que cada termo dessas asserções remete a outras e assim por diante, mas para fins de exemplo peço que as considerem por seu valor de face).

De forma resumida, apresento uma redescrição da análise tripartite em termos (espero) menos problemáticos. Em primeiro lugar, já que se trata do exame do conhecimento proposicional, em vez da referência a “crenças” (termo que traz em si problemas adicionais), o que está em jogo são proposições ou *asserções*. Adicionalmente, seguindo Welbourne (2000), estas são comunicáveis, compartilháveis e compartilhadas, e ao invés de “verdadeiras” e “justificadas”, reconhecendo o papel tanto das contingências históricas quanto da agência humana em sua formulação, seria mais adequado referir-se a essas asserções como *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 – aquilo que Bates (1998a e 1998b) chama de “*unproblematic background knowledge*” (conhecimento de fundo não problemático), ou UBK.

Mas mesmo o termo “asserção” pode ser equívoco neste contexto. Embora adequada para exercícios filosóficos, a concepção de um processo de validação que toma asserções isoladas, uma por vez, aceitando-as ou rejeitando-as com base num dado conjunto de regras, não encontra grande correspondência com o modo pelo qual as comunidades de investigação ou pesquisa operam<sup>6</sup>. E há uma falha fundamental nessa idéia, no sentido de que a asserção em jogo aqui não tem sentido em si mesma (se é que alguma tem), mas depende de uma rede de outras asserções para terem sentido. Fleck exemplifica a idéia com sua discussão sobre a sífilis:

“A asserção ‘Schaudinn identificou a *Spirochetta pallida* como o agente da sífilis’ é equívoca tal como está, uma vez que a ‘sífilis como tal’ não existe. Havia apenas o conceito disponível, então corrente, sobre cuja base a contribuição de Schaudinn ocorreu, um acontecimento que apenas desenvolveu mais esse conceito. Arrancada desse contexto, ‘sífilis’ não tem sentido específico, e ‘identificou’ por si mesmo não é mais explícito do que ‘maior’ e ‘à esquerda’ nos exemplos acima [*referindo-se a um exemplo prévio em sua argumentação*]”. (Fleck, 1979, p. 39 – tradução minha).

Outro ponto digno de nota é a ênfase nas interações sociais: de fato um ponto de convergência para a maioria das referências teóricas deste texto. Instâncias sociais são tanto o depositário do conhecimento quanto as arenas onde novos agregados de asserções são aceitos e assimilados ao UBK ou descartados. Mas “instâncias sociais” é uma expressão por demais difusa para ser útil aqui. Podemos pensar nos coletivos de pensamento de Fleck ou nas comunidades epistêmicas de Knorr-Cetina como uma descrição mais adequada e precisa das mesmas. E isto, por sua vez, traz outra característica importante para consideração: nas sociedades complexas, há um grande número de tais comunidades, e mesmo no caso postulado, de uma “comunidade científica” global que partilha grandes porções de um UBK amplo e abrangente, há zonas heterogêneas, como Knorr-Cetina (1999), por exemplo, aponta. Isto significa que a substituição de uma cadeia de asserções no UBK local de um dado grupo pode não ter efeito imediato em outro, mesmo um intimamente relacionado.

Finalmente, essa redefinição não é um mero exercício intelectual: ela tem implicações bastante concretas para o estudo das interações complexas que continuamente expandem e remodelam o UBK, ou a coleção de UBKs, da ciência contemporânea. No mínimo, a definição aumenta tanto o escopo quanto

os requerimentos dessa tarefa. Preliminarmente, a perspectiva histórica é fundamental. Adicionalmente, a análise de conceitos isolados, em si, não é suficiente – uma abordagem mais abrangente é claramente necessária: “Eu já sugeri que o passado de uma ciência deveria ser abordado como uma cultura estranha, que o historiador primeiro luta para entrar, e posteriormente para tornar acessível a outros” (Kuhn, 1978, p. 368). Essa citação sugere a possibilidade de uma epistemologia não-normativa, que esteja focalizada em entender e descrever como grupos específicos operam a validação do conhecimento, em vez de começar sua tarefa pela prescrição de como isto deveria ser feito em geral.

Tendo descrito, ainda que em linhas gerais, o que seria uma epistemologia possível, passo a discutir por que a suponho necessária.

#### **4. O Problema da “Saúde” sem Limites (em Particular, da “Promoção da Saúde”)**

O modelo determinista descrito se desdobrou também no interior do conhecimento biomédico. A concepção de doença como entidade autônoma, expressa por lesões bem definidas que surgem a partir de causas identificáveis (Camargo Jr., 2003), é essencialmente um relato determinista. Como ocorre com frequência nos desenvolvimentos científicos, os sucessos históricos do modelo determinista da doença trazem eventualmente a contrapartida do reducionismo sobre a doença. Ou seja, o modelo esquemático de explicação se transforma no “real”. Conseqüência indesejada desse processo, reiteradas vezes apontada, é a dessubjetivação operada nos pacientes que procuram cuidados médicos – e, segundo alguns dos próprios médicos (Clavreul, 1983) – o que leva à iatrogenia e a formas de cuidado que excluem de seu horizonte necessidades legítimas daqueles que o solicitam.

Ainda como decorrência do reducionismo sobre a ciência, as concepções correntes sobre saúde estreitam seu campo, reduzindo-a à mera ausência de doença. Como estratégia de enfrentamento do problema, tem sido recorrente a idéia da necessidade de produção de uma “definição positiva de saúde”, que encontra desdobramentos até mesmo em termos do desenho de políticas públicas, com a idéia de “promoção da saúde” – expressão por si só passível de críticas, por sua indefinição (Favoreto e Camargo Jr., 2002).

Acredito existirem dois problemas nessa tradição, em que pesem sua respeitabilidade e solidez acadêmicas. Em primeiro lugar, a questão fundamental – o reducionismo – não é de fato resolvida. Com efeito, tais propostas com frequência recaem no mesmo deslizamento, ao tomarem os modelos propostos

como expressão de verdades mais essenciais sobre as questões do adoecer e do cuidado do que os modelos das doenças. Em segundo lugar, e mais importante, essas propostas incorrem no risco de expansão ilimitada das oportunidades de intervenção sobre os indivíduos e coletivos por parte das instituições de saúde. Dispomos de claros precedentes históricos desses riscos: as teses apresentadas à Faculdade Nacional de Medicina, estudadas por Jurandir Freire Costa no já clássico *Ordem médica e norma familiar* (Costa, 1983), eram exemplos de “promoção de saúde” *avant la lettre*. Eram também propostas de medicalização em larga escala da sociedade: dos currículos e arquitetura escolares às relações familiares, nada lhes escapava.

Dito de outra forma, se de fato a definição do que se entende por saúde é relevante, ao mesmo tempo precisamente por essa relevância, ela remete para um universo que escapa – felizmente – da discussão do cuidado, e particularmente da discussão sobre o cuidado prestado por profissionais, no âmbito de políticas de Estado. A saúde como valor existencial nos envia a uma dimensão estético-ética fundamental da experiência humana, e por isso deveria estar preservada de intervenções de cunho normativo, como as intervenções terapêuticas.

## 5. A Assimetria Inerente à Relação Cuidador-Cuidado

Lembrando mais uma vez Canguilhem (1982), o ponto de partida da terapêutica, tanto historicamente quanto a cada novo episódio de demanda por cuidados, é o sofrimento. O que é considerado como sofrimento, como é percebido enquanto algo que demanda um tipo diferenciado de atenção, na qual esta é buscada, são todos elementos contingentes, histórica e culturalmente. Aspectos técnico-institucionais, de existência e oferta de modalidades específicas de atenção, desempenham papel central na conformação dessa demanda. Tal mutabilidade, contanto, não nos deve fazer perder de vista o fato de que, num dado quadro de referência, quando um indivíduo se considera em sofrimento e demanda um tipo de cuidado que só pode ser oferecido por terceiros, aos quais foi socialmente delegada esta função<sup>7</sup>, garantir a realização do ato de cuidar é imperativo ético, social e mesmo político. Isto configura, a meu ver, o caráter inerentemente assimétrico da relação cuidador-cuidado, no qual aquele que busca o cuidado se coloca, em algum grau, sob a responsabilidade daquele que cuida.

Há, porém, uma concepção recorrente na literatura sobre a relação do cuidado que parece indicar como objetivo último ou ideal, ao menos, o cuidado inter pares. Toda forma de assimetria nessa relação seria necessariamente expropriação e

limitação da autonomia dos indivíduos. Com efeito, autores como Boltanski, Illich e mesmo Foucault abordaram o que veio a ser agrupado como “medicalização”, que pode ser entendida de pelo menos duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em “problemas de saúde”; por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos.

Mas a ubiqüidade cultural e histórica da figura do especialista em cuidados terapêuticos (agregados ou não ao mágico-religioso) parece sugerir que uma sociedade sem “médicos” ou equivalentes é uma utopia no sentido etimológico do termo. Pode-se indagar se isto seria de fato desejável. Talvez seja o caso de recuperar em Lévi-Strauss a idéia da eficácia simbólica, inseparável da delegação social do lugar do cuidador (Lévi-Strauss, 1995a e 1995b). Ou de lembrar como a ênfase na autonomia, tomada como um absoluto, pode ser cruel para quem demanda ser cuidado<sup>8</sup>. Parece ser razoável, portanto, supor que há ganhos possíveis na existência da figura do cuidador – ainda que seja um “mal necessário”. Persiste, contudo, o problema de como traçar fronteiras que evidenciem a expansão da assimetria várias vezes referidas aqui para o terreno da dominação, um “mais-poder” que ultrapassa o limite do poder necessário para o campo da medicalização.

## **6. Primeiro Uso: da Necessidade da Intervenção – Doença como Delimitação**

Já mencionei os problemas advindos da utilização reducionista do modelo determinista da doença. Passo a apresentar outra possibilidade de utilização do conceito de doença – que começa, na verdade, por uma revisão do próprio conceito de doença.

Em textos anteriores (p. ex., Camargo Jr., 2003) procurei demonstrar o caráter implícito de vários conceitos no campo biomédico, em particular o de doença. Acredito que parte da eficácia do processo reducionista de transformar o modelo de doença em “realidade objetiva independente” se deve à inexistência de uma conceituação explícita, o que restringe a possibilidade de exame crítico.

Mas é possível pensar numa forma de conceituar a doença que ofereça não apenas a possibilidade de crítica, como a de relativização de sua essencialidade, tomando-a como um recurso heurístico e classificatório – e, portanto,

pesadamente convencional (Keating e Cambrosio, 2000) – que ajuda a explorar e organizar o sofrimento apresentado pelo paciente, de modo a facilitar a seleção e acompanhamento de processos terapêuticos. Essa concepção descarta a idéia de uma essência inerente às doenças, enfatizando seu uso pragmático. Nesta concepção, “doença” se refere a um tipo de sofrimento em que o tipo de abordagem técnica oferecido pelos profissionais do cuidado é desejável – mais do que isso, necessário – e capaz de responder, ainda que parcialmente, a essa demanda, aliviando o sofrimento que a motivou. Ou seja, subordina-se claramente o campo de atuação técnica a princípios éticos fundamentais. Lembrando (mais uma vez) a clássica citação de Canguilhem:

“Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada” (Canguilhem, 1982, p. 185).

Tal conceito pragmático de doença pode delimitar, ainda que de forma provisória, o conjunto de problemas que poderiam ser propriamente denominados “de saúde”, e que justificam o recurso aos especialistas da terapêutica. Isto ainda deixa, entretanto, o problema das situações em que ocorre discordância sobre a pertinência desse recurso entre o indivíduo que sofre e demanda cuidado, e o especialista a cargo de fornecê-lo. Na biomedicina, por exemplo, isto ocorre nas situações dos chamados “quadros mórbidos mal-definidos”, “somatizações”, “sintomas de origem psicológica”, zona cinzenta onde o desencontro terapêutico é freqüente. As respostas tradicionais têm sido de negar o sofrimento – recusando o cuidado – ou de tentar forçá-lo no molde da doença – medicalizando o sofrimento. Mesmo nessas situações, acredito que a idéia de doença como recurso heurístico-classificatório pode ser útil, ao reconhecer o sofrimento como tal, sem negá-lo, mas ao mesmo tempo barrando o recurso a tipos de intervenção terapêutica inadequados, como a prescrição abusiva de tranquilizantes, por exemplo.

## **7. Segundo Uso: da Adequação da Intervenção**

Abordei de forma esquemática como uma conceituação de doença pode ser útil na circunscrição de situações nas quais a intervenção terapêutica é justificável e/ou necessária. Proponho aqui o exame dessa intervenção. Que quadros de referência teórico-conceitual produzem formulações diagnósticas e terapêuticas diferentes é quase um truísmo. Adicionalmente, considerando-se o conceito de incomensurabilidade, proposto por Kuhn (1996, 2000), há consideráveis

obstáculos à tradução imediata dessas formulações entre os diversos quadros de referência. A adequada compreensão demanda a imersão no quadro de referência, e não apenas a decodificação de fragmentos isolados do mesmo. Dito de outra forma, para compreender de fato outra racionalidade médica, é necessário aprender a pensar como um praticante dela, um “tornar-se nativo” que evoca novamente o relato sobre a história de Qesalid, de Lévi-Strauss (1975a). Sendo assim, é inadequado e impróprio supor que critérios de avaliação de eficácia internos a uma racionalidade sejam imediatamente aplicáveis a outras – por exemplo, tomar-se o ensaio clínico randômico controlado como modelo universal de avaliação de eficácia.

Por outro lado, isto não autoriza a idéia de que qualquer tipo de formulação terapêutica é indistintamente equivalente a qualquer outro. Talvez por limitação minha, não consigo admitir, por exemplo, que a urinoterapia<sup>9</sup> seja encarada da mesma forma que a medicina tradicional chinesa ou a biomedicina. As diferentes propostas terapêuticas devem ser passíveis de exame crítico amplo, e o esforço de superação da incomensurabilidade entre elas pode apontar para a construção de modelos de avaliação da intervenção terapêutica que sejam claros, abertos e consensuais para os diversos praticantes e usuários.

## **8. Terceiro Uso: Exame Crítico do “Estoque de Conhecimento”**

Limitei-me a apontar a necessidade da validação de conhecimentos em dois domínios específicos ligados ao cuidado em saúde, apenas indicando de forma propositalmente vaga como os processos de validação poderiam ser levados a cabo. A concepção epistemológica delineada anteriormente impõe esse grau de indefinição. Mais uma vez, não me cabe (e não me parece factível) prescrever critérios fixos e definidos de validação. Ao invés disso, é necessário investigar como as diferentes comunidades epistêmicas operacionalizam seus critérios. Neste caso, é necessário até mesmo delimitar os próprios contornos dessas comunidades epistêmicas: quem são seus constituintes e como se organizam.

Paralelamente, é necessário o esforço de superação das incomensurabilidades entre diferentes sistemas terapêuticos, bem como da exposição pública dos diferentes processos de validação, criando múltiplos diálogos entre os diferentes profissionais do cuidado e com aqueles que demandam seus serviços. Esse 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 se confrontarem duas perspectivas epistemológicas

diferentes, faz-se a utilização rigorosa de um instrumental crítico apenas com relação àquela que é estranha ao pesquisador<sup>10</sup>.

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 parece seguir o 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 UBK (retomando a expressão de Bates). 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<sup>11</sup>, 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 bombeiros possa ser efetuado, que colocaria esse processo fora do alcance das pessoas comuns (Turner, 2001, p. 145-146 – grifo no original).

As considerações de Turner 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.

1

## Notas

Este texto responde a uma provocação – no bom sentido – de Ruben Mattos, e reflete nosso diálogo ao longo dos últimos anos sobre a problemática central aqui retratada.

<sup>2</sup> Médico, professor adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ.

<sup>3</sup> Para um sumário histórico das várias posições e tendências, ver Latour e Callon (1991).

<sup>4</sup> Também passível de críticas. Ver, p. ex., Hacking (1999).

<sup>5</sup> Ver Zagzebski (1999) e Welbourne (2000).

<sup>6</sup> A etnografia dos laboratórios, por exemplo, tem produzido um corpo de referências considerável. Exemplo clássico está em Latour e Woolgar (1986), particularmente no segundo capítulo.

<sup>7</sup> Sobre a questão da responsabilidade com relação ao cuidado em saúde, ver Silva (2004).

<sup>8</sup> Para uma discussão aprofundada do tema da autonomia, ver Soares (2000).

<sup>9</sup> No *site* referente a um Congresso Mundial de Urinoterapia, realizado no Brasil em 2003, é possível encontrar a seguinte definição dessa prática: “a urinoterapia é uma técnica terapêutica que consiste na ingestão de urina ou em sua aplicação na pele por meio de compressas, fricção ou banhos de imersão”. O texto de apresentação de onde esta citação foi retirada, aliás, traz exemplos de vários dos problemas apontados nesses artigos (<http://www.urinoconferencia2003.org.br/oquee.htm>, acessado em 23/05/2004).

<sup>10</sup> Latour toma o relato de Evans-Pritchard sobre os Azande, um clássico da Antropologia, como um de seus exemplos de assimetria (Latour, 1987, p. 192-194).

<sup>11</sup> *Expert knowledge*, no original.

## Referências

AUDI, R. (Ed.) *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

BALTAS, A.; GAVROGLU, K.; KINDI, V. A discussion with Thomas S. Kuhn. In: KUHN, T. S. *The road since structure*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

BATES, D. Closing the circle: how Harvey and his contemporaries played the game of truth, part 1. *Hist Sci*, v. xxxvi, p. 213-232, 1998a.

\_\_\_\_\_. Closing the circle: how Harvey and his contemporaries played the game of truth, part 2. *Hist Sci*, v. xxxvi, p. 245-267, 1998b.

\_\_\_\_\_. *Medicine and the soul of science*. Montréal: McGill University, 2001.

- CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- \_\_\_\_\_. R. The thought style of physicians: strategies for keeping up with medical knowledge. *Social Studies of Science*, v. 32, n. 6, p. 827-855, 2002.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., 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 de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.
- FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1979.
- GRECO, J. Introduction: What is Epistemology? In: GRECO, J.; SOSA, E. *The Blackwell guide to Epistemology*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999.
- HACKING, I. *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- HARRÉ, R. *As filosofias da ciência*. Lisboa: Edições 70, 1988.
- HUEMER, M. (Ed). *Epistemology: contemporary readings*. London: Routledge, 2002.
- KEATING, P.; CAMBROSIO, A. 'Real compared to what?': diagnosing leukemias and lymphomas. In: LOCK, M.; YOUNG, A.; CAMBROSIO, A. *Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- KNORR-CETINA, K. *Epistemic cultures*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- KUHN, T. S. *Black-body theory and the quantum discontinuity, 1894-1912*. Chicago: University of Chicago Press, 1978.
- \_\_\_\_\_. Commensurability, comparability, communicability. In: KUHN, T. S. *The road since Structure*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- \_\_\_\_\_. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1996.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- LAPLACE, P. S. *Théorie analytique des probabilités (oeuvres complètes de Laplace, 7)* Paris: L'Académie de Sciences / Gauthiers-Villars, 1884. Biblioteca eletrônica Gallica, <<http://gallica.bnf.fr>>. Acesso em maio 2004.
- LATOUR, B. *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge: Harvard University Press, 1987.
- LATOUR, B. WOOLGAR, S. *Laboratory life*. Princeton: Princeton University Press, 1986.
- LATOUR, B.; CALLON, M. Introduction. In: LATOUR, B.; CALLON, M. (Org.). *La science telle qu'elle se fait*. Paris: La Découverte, 1991.
- LÉVI-STRAUSS, C. Eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975b.
- \_\_\_\_\_. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975a.

Kenneth R. de Camargo Jr.

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

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

SILVA, M. B. B. *Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

SOARES, J. C. R. S. *A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

TAYLOR, C. Interpretation and the sciences of man. In: KLEMKE, E. D.; HOLLINGER, R.; RUDGE, D. W. (Ed.). *Introductory readings in the philosophy of science*. Amherst: Prometheus Books, 1998.

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: Blackwell, 1999.

# Pacientes, Impacientes e Mestiços: Cartografias do *Outro* na Produção do Cuidado

ALCINDO ANTÔNIO FERLA<sup>1</sup>

*Nós, os novos, os sem-nome, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado – nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, (...) mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (...) Da Grande Saúde – de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de abrir mão!*

Nietzsche, 1999

## 1. Introdução

Desde o surgimento da medicina moderna, inúmeras tentativas são encontradas na literatura da área, buscando constituir um novo patamar teórico-conceitual capaz de ampliar o escopo das práticas de saúde e dos atores que atuam nesse cenário, o que indica uma reiterada constatação de insuficiência na configuração com que elas se expressam cotidianamente. No contexto dessas tentativas, busquei, em trabalho anterior (Ferla, 2002), identificar novos contornos para a clínica e para a pedagogia em saúde nas produções escritas de entidades médicas e no sistema de saúde brasileiro contemporâneo. Nesse trabalho de pesquisa, uma questão recorrente, que teve potência inclusive para reconfigurar o próprio plano inicial de investigação, apontava limites para as imagens desenhadas no cenário da atenção à saúde, particularmente quando colocado sob o desafio da produção de ações pautadas pelo desafio ético-político da integralidade na prestação e equidade na oferta do cuidado.

Os papéis que são desempenhados na cena da assistência à saúde vêm sofrendo transformações importantes na contemporaneidade, embora seja perceptível, nos fragmentos discursivos dos profissionais de saúde e em outras falas correntes, a preservação de designações / representações que os recolocam tal como foram produzidos pela modernidade. Essa afirmação talvez chame o exemplo do papel-

tipo do “paciente”, mas é preciso lembrar que evidências sólidas permitem constatar que outros papéis também parecem sofrer efeitos recentes de desestabilização e mudanças, a se julgar por visíveis reações corporativas demandando a preservação das representações instituídas. A polêmica atual sobre a regulamentação do “ato médico”, as demandas corporativas de outras categorias profissionais por definições legais assegurando prerrogativas privativas e os inúmeros dispositivos de disciplinamento corporativo que as entidades profissionais (em particular na medicina) vêm desenvolvendo, sobretudo nos últimos anos, adquirem densidade maior quando lidas na perspectiva da afirmação de uma identidade idealizada e submetida a um processo agudo de tensões.

Há indícios, no cotidiano da atenção à saúde, de que os diferentes atores vêm percebendo sua identidade tensionada de forma perigosa (Ferla, 2004). Cabe destacar que não me refiro às construções filosóficas sobre o homem e os limites de sua autonomia, de cujos registros podemos dispor pelo menos desde a filosofia clássica. Refiro-me aos *scripts*, aos dispositivos e às forças que caracterizam o processo de assujeitamento que desenha e *faz funcionar* as identidades dos diversos atores que atuam na cena da atenção à saúde, como nos habituamos a identificar. Refiro-me ao conceito de sujeito, como formulado nas obras de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, entre outros. Para esses autores, processos de assujeitamento, marcadamente na modernidade, vêm desenhando identidades territorializadas e regimes discursivos totalizantes que configuram indivíduos serializados.

Na crítica que Deleuze e Guattari fazem a Freud e Lacan, identificam-se desdobramentos dessa concepção de sujeito na clínica psiquiátrica e psicanalítica moderna, que se desenvolveu centrada na *personalidade* (Birman, 2000). Para contrapor essa concepção de sujeito e de clínica, Deleuze e Guattari propuseram uma concepção de subjetividade centrada na idéia de *singularidade*. De acordo com Birman (2000, p. 472), “a singularidade implicaria necessariamente (...) o rompimento do território restrito da individualidade e a inserção do sujeito em outras territorialidades”, ou seja, a singularidade não se identificaria mais com “a idéia de unidade, visto que o *um* do traço unitário se apagaria para sempre diante das idéias do *múltiplo* e da *dispersão*”.

Esses conceitos, que encontram similaridade com outros que vêm sendo utilizados nas produções críticas da assistência à saúde na modernidade e, mesmo, nas produções da ciência moderna, permitem reconhecer os papéis-tipo (e a importância da preservação de limites precisos para a tranquilidade / estabilidade da “cena-tipo”) do cenário do atendimento de saúde. As implicações da

estabilidade pretendida do cenário e dos atores, nessa lógica de construção, são evidentes. Para posterior aprofundamento, gostaria de destacar apenas dois desdobramentos dessa estabilidade, que interferem diretamente na assistência à saúde: a idéia da *autonomia dos atores*, entendida como a liberdade individual de atuação, que é moldada pela expectativa de um comportamento *normal*, e a idéia da *experiência clínica*, entendida como efeito geral de dispositivo disciplinar da profissão que subjetiva / assujeita a prática e o discurso de cada profissional em particular, mas também como tecnologia que permite aplicar os conhecimentos da instituição saúde em cada situação particular (Ferla, 2002).

Embora pudesse refletir acerca dos diferentes papéis-tipo, nesta produção pretendo problematizar as imagens (as propostas de sujeito / assujeitamento) referidas aos usuários das ações e serviços de saúde como “pacientes” que vêm sendo produzidas no cotidiano das práticas e no interior do sistema de saúde. Apesar da insuficiência das contribuições de estudos sobre representação para a invenção de novos patamares ético-estético-políticos para a produção de saúde, pareceu-me que esse recurso analítico poderia tornar possível a identificação de que há evidências de um processo de mudanças mais profundo do que a estabilização do padrão discursivo hegemônico. Essa questão despertou minha atenção quando, por ocasião da pesquisa que subsidiou minha tese de doutorado (Ferla, 2002), deparei-me com fragmentos materiais sugestivos de um novo plano de constituição da clínica, não fundado exclusivamente na *técnica médica* tal como forjada na modernidade, sendo produzido nos limites de território do sistema de saúde.

Mesmo que tenhamos estudos aprofundados sobre o nascimento da clínica na obra de Michel Foucault, buscarei inicialmente em Boaventura de Souza Santos – para utilizar a idéia de “múltiplas reduções” na definição do processo de constituição do “paciente” – quando identifica características do desenvolvimento da ciência moderna e sua contribuição para o “extraordinário desenvolvimento” do paradigma biomédico: “Saúde e doença fixaram-se no corpo individual e este se fixou num conjunto de órgãos, cada um com sua saúde, cada um com sua doença”. Para o autor, nesse paradigma, “a doença (e, portanto, a saúde) está no corpo do indivíduo e este é um fichário organizado que o médico manuseia até encontrar o erro de catalogação” (Santos, 1987, p. 7). É esse papel-tipo, de paciente como portador de determinadas características visíveis e enunciáveis, e objeto de manuseio e aplicação de conhecimentos e tecnologias, que parece estar sendo ameaçado nas práticas do interior do sistema de saúde brasileiro contemporâneo. Segundo pude constatar, há uma produção

de protagonismo para esses atores que rompe o *script* prévio. Do estudo citado, recortarei algumas idéias obtidas nas publicações médicas e na mídia comercial sobre a morte, para evidenciar outros padrões de desempenho desses atores.

Faço isso sem grande rigor metodológico, por dois motivos relevantes. O primeiro é que me parece necessário, nos exercícios que vimos fazendo para pensar a integralidade a partir das práticas concretas, oferecer maior quantidade e mais contundentes subsídios para a problematização da relação polar e vertical que comumente se estabelece entre profissionais e usuários, já que vimos progressivamente construindo, como centro de referência para a qualidade da atenção, a inversão das práticas profissional-centradas para as práticas usuário-centradas. O segundo motivo é que vimos desenvolvendo, no interior da rede de experiências associadas à produção de conhecimentos baseados em práticas concretas para a integralidade, uma tal solidariedade e suavidade, que já não é necessário o extremo cuidado de autopreservação (suposto científico). Portanto, é possível compartilhar reflexões em estado nascente (conhecimentos por sensibilidade). Até porque o conhecimento relevante produzido a partir das práticas *é móvel, e tem de ser, uma vez que a cada patamar de certezas, se busca outro, e se tem de buscar, porque se abre mão dele, e se tem de abrir mão!* – como o estado de saúde anunciado por Nietzsche como a “Grande Saúde”.

## 2. Evidência de Muitas Vidas na Polêmica sobre a Morte Biológica

Em trabalho realizado anteriormente, deparei-me com grande frequência com o tema da morte, nas publicações médicas e na mídia comercial. Embora esse não seja um tema infrequente nas publicações científicas da área da saúde e na imprensa em geral, há um enfoque bem particular na literatura pesquisada nesse período, que permitiu obter evidências significativas para materializar o objetivo de identificar, na cena contemporânea do cuidado, visões antropológicas inovadoras sobre o *outro* das práticas profissionais de saúde, caracterizado como “paciente” no construto da medicina moderna. Naquele trabalho, considerei inovação, seguindo a produção de Boaventura Santos (1997), como a produção de tensões e rupturas com o paradigma biomédico estabelecido. Interessava-me, bem como no momento atual, mais a produção de outras condições para fortalecer o compromisso ético-estético-político da saúde com a produção de vida do que o mapeamento das vigências. Essa escolha, por certo, será visível também nas reflexões que desenvolvo aqui.

É preciso destacar que, nos suportes materiais dos territórios que foram analisados, identifica-se a influência das significativas mudanças que ocorreram

na legislação brasileira sobre critérios e rituais para a constatação da morte de seres humanos, bem como para o transplante de órgãos e tecidos.

No período em que foram produzidas as publicações analisadas, tivemos a aprovação da Lei Federal n. 9.434/97, que, entre outros aspectos, alterou um dos princípios básicos da legislação anterior quanto à doação de órgãos do corpo humano. A doação *consentida* passou a ter *autorização presumida*, exceto na ocorrência de manifestação em contrário, registrada em vida pelo doador. A redação original da Lei Federal n. 9.434/97 previa, em seu Artigo 4º, que, “Salvo manifestação de vontade em contrário, (...) presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplante ou terapêutica *post mortem*”. Em decorrência de forte movimento de pressão social, esse artigo foi modificado de forma definitiva pela Lei Federal n. 10.211/01, e de forma temporária por sucessivas Medidas Provisórias, entre 1997 e 2001. Atualmente, vige a disposição legal que determina que a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas depende expressamente da autorização dos familiares.

Essas mudanças haviam sido precedidas de outras, relativas ao conceito propriamente dito da morte, ratificadas pela legislação citada. O conceito de morte encefálica como o momento “real” e “oficial” da morte do indivíduo, convalidado em legislação, aparece pela primeira vez na Lei Federal n. 8.489/92. Entretanto, nesta lei o conceito está relacionado não à retirada dos órgãos, que precisava ser autorizada expressamente pelos familiares, após estarem convencidos da morte, mas à imediata notificação dessa condição aos setores responsáveis pelos transplantes. A constatação da morte encefálica deveria mobilizar o sistema de transplantes, responsável por contatar a família e obter dela a autorização para a retirada de órgãos. É importante destacar que a expressão *morte encefálica* somente aparece num texto legal no país após a aprovação da primeira Resolução do Conselho Federal de Medicina definindo-a como sinônimo “incontestável” da morte: “a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme já estabelecido pela comunidade científica mundial” (Resolução CFM n. 1.346/91).

A definição *científica* da morte encefálica, conforme aparece no discurso médico, é recente. Ela aparece pela primeira vez no meio médico nos Estados Unidos, como decorrência do trabalho de uma comissão de especialistas nomeados pela Harvard Medical School em 1968. Até o início da segunda metade do século XX, era a parada / silenciamento do coração que definia o momento da morte. Mesmo antes do novo conceito, a demonstração médica da morte

mobiliza a sociedade e relatos de situações que envolvem essa questão fazem parte do lendário médico. Conta a história da medicina que Versalius, famoso anatomista espanhol do século XVI, ao realizar uma autópsia pública em Madri, em 1564, causou horror aos assistentes quando, ao abrir o tórax, constatou que o coração continuava batendo (Levyman e Abramovich, 1998).

A capacidade de mobilização que os fenômenos relativos à morte têm para a sociedade ocidental vem sendo explicada por diversos campos epistemológicos. Segundo alguns autores, há uma demonstração reiterada da relação do coração com a vida biológica. Essa é uma definição que se atualiza regularmente no ato médico de buscar as pulsações arteriais para verificar desordens que indiquem situações de adoecimento. Portanto, haveria uma mensagem contraditória do discurso médico recente: buscar a vida na pulsação e, ao mesmo tempo, negá-la em nome do encéfalo (Vaysse, 1995). Nesse plano simbólico, o coração desempenha papéis fundamentais: um “coração-bomba hidráulica” (para a biomedicina), que “governa com seu ritmo próprio a vida que seus batimentos autenticam” e um coração-sentimento (senso comum), “um dos lugares do corpo mais investidos para figurar certos valores da vida social, certas esperanças da vida espiritual, certos movimentos da vida afetivo-emocional” (Vaysse, 1995, p. 40). Por isso, “o coração é tomado não como um fragmento isolado do corpo, mas uma parte valendo pelo todo, a saber, o sujeito em sua integridade humana” (Vaysse, 1995, p. 44). Esse plano simbólico relativo ao corpo tem provavelmente grande capacidade explicativa na produção das reações protagonizadas pela população durante a vigência do princípio legal da doação presumida de órgãos. Mas é necessário agregar outros planos de análise para esgotar os sentidos que estiveram associados a esse episódio.

Nas análises sociológicas e filosóficas, há uma construção política que envolve a morte na sociedade ocidental moderna. Foucault (2000), ao analisar as mudanças nos rituais que acompanham a morte até fins do século XVIII e a partir de então, identifica os efeitos de poder no modo como tais eventos são processados na sociedade ocidental. Até aquele momento da História, as cerimônias públicas que envolviam a morte ritualizavam o poder do soberano de “produzir a morte” ou “deixar viver”. Segundo Foucault (2000, p. 224):

*“La muerte era el momento en que se pasaba de un poder, que era el del soberano de aquí abajo, a otro, que era el poder del soberano del más allá. (...) La muerte era también una transmisión del poder del agonizante, poder que se transmitía a quienes lo sobrevivían: últimas palabras, últimas recomendaciones, última voluntad, testamentos, etcétera”.*

Uma quebra nesse poder absoluto se processa com o advento da modernidade, quando as tecnologias de poder que passam a ser exercidas de

forma predominante são essencialmente regulatórias. Assim, a expressão do biopoder (o poder que se exerce sobre a vida), se expressa em tecnologias que *fazem viver e deixar morrer*. Ou seja:

*“(…) cuando el poder es cada vez menos el derecho de hacer morir y cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, sobre la manera de vivir y sobre el cómo de la vida, a partir del momento, entonces, que el poder interviene sobre todo en ese nivel para realizar la vida, controlar sus accidentes, sus riesgos, sus deficiencias, entonces la muerte, como final de la vida, es evidentemente el término, el límite, el extremo del poder”*. (Foucault, 2000, p. 224).

A morte passa a ser, a partir desse ponto de vista, o limite extremo do poder, o momento em que a vida escapa aos efeitos do poder e, assim sendo, precisa ser transportada a um território privado. A análise de Foucault sobre a morte pode contribuir para desvelar algumas dobras dos episódios que envolveram a nova lei dos transplantes, a mobilização da sociedade e o *script* desempenhado pelos diferentes atores.

Em primeiro lugar, o rápido desenvolvimento de tecnologias para precisar o diagnóstico da morte e para viabilizar o transplante de órgãos, visto pela ótica de análise do biopoder, toma rapidamente visibilidade como tecnologia para o domínio da morte e, portanto, para suplantiar um limite claro desse poder médico constituído desde a modernidade. Não se trata de buscar nessa afirmação qualquer crítica ou negação do avanço que essas tecnologias produziram à possibilidade mesma da vida. É apenas um registro que permite constituir inteligibilidade ao fato de que outros problemas no âmbito da saúde, mesmo dos aspectos biológicos e orgânicos, não tiveram potência suficiente para mobilizar as capacidades científicas de produção de conhecimentos e tecnologias com tamanha efetividade. Essa análise permite precisar um pouco mais as leituras feitas no campo das ciências sociais sobre a inovação tecnológica na área da saúde. No início da década de 1970, o “progresso” da tecnologia médica tinha uma perspectiva de leitura semelhante nas análises da sociologia da saúde, que identificavam uma certa seletividade atribuída à “lógica da competência”, que aparece no campo da saúde como tradução dessa mesma lógica distribuída pela sociedade como um todo: “prevenir infartos equivaleria a opor-se à lógica da competência, por isso não o fazemos. Curar os infartos confirma a lógica da competência, por isso os curamos” (Conti, 1972, p. 297).

Vista a partir dessa perspectiva, a construção de critérios para localização mais precisa e mais rápida da morte poderia representar, para a medicina moderna, mais do que um avanço tecnológico. Poderia representar um novo patamar paradigmático. Por sua vez, a inconformidade identificada nas entidades representativas dos médicos, por ocasião das pressões sociais para a alteração da

legislação, e a busca por explicações compatíveis com a racionalidade médica – que acabou por responsabilizar o Ministério da Saúde por não ter efetivado de forma satisfatória campanhas de esclarecimento suficientes para tranquilizar a população – também tomam outra configuração: em vez de uma construção discursiva apenas com o objetivo estratégico de alocar o desgaste produzido pelo episódio em outro ator e preservar a imagem corporativa, promove um movimento para capturar evidências para a compreensão do ocorrido.

No meu entendimento, entretanto, um novo plano também parece emergir desse cenário. A mobilização social produzida pela disposição legal da doação presumida parece associar o desconforto pelo fato de subtrair dos familiares a decisão sobre a retirada dos órgãos e tecidos, e o estranhamento sobre os novos critérios. De outra parte, parece indicar novas possibilidades para a vida, com sua viabilidade descolada da integridade do corpo. Para aprofundar um pouco mais essa reflexão e aproximá-la do objetivo desta produção, é oportuno identificar o movimento de resistência protagonizado pela população à retirada compulsória de órgãos e tecidos humanos, autorizada pela legislação. A análise de notícias da mídia comercial no período de 1997 a 2002 permitiu identificar pelo menos três padrões de reação: uma certa comoção difusa, a percepção de um risco que ameaça a todos e a identificação de novos arranjos para a vida das pessoas.

Nas leituras das sensações documentadas pela mídia diante da realidade dos transplantes produzida pela mudança na legislação, a comoção que se instala na população parece indicar a percepção de uma nova objetualização do organismo, que cria possibilidades de existência anteriormente vistas apenas na literatura e no cinema. Conforme apresenta Le Breton (1995), a modernização tecnológica produz “neomortos”, que estão “cerebralmente mortos” mas com seus organismos “ligados”, mantidos em “estado de funcionamento” para a doação de órgãos; produz um novo ambiente, o “bioempório”, onde esses organismos “esperariam pacientemente as retiradas sucessivas” de seus órgãos para pesquisas ou outras intervenções médicas; produz novas modalidades de sofrimento, já que se inaugura a possibilidade de sucessivas mortes de um mesmo indivíduo: do cérebro, do “desligamento do corpo” e de cada um de seus órgãos retirados e transplantados: “A morte de diferentes partes do corpo (...) torna-se, com a tecnologia médica moderna, uma morte sucessiva do mesmo indivíduo, deixando suas famílias aniquiladas” (Le Breton, 1995, p. 62).

As novas tecnologias médicas de transplantes de órgãos e tecidos também compõem novas entidades mórbidas. *Síndrome de Frankenstein* é o nome usado por Le Breton para descrever a inquietação social, fortemente explorada em

clássicos da literatura popular e obras cinematográficas, sobre a extrapolação dos “limites do homem e do uso do corpo humano como um material biológico disponível”, produzindo, no imaginário social, “homens cuja evidência é rompida e cujo estado antropológico suscita medo” (Le Breton, 1995, p. 52). Produzem também novas definições de homem, por meio de combinações variáveis de órgãos e tecidos com diferentes origens que podem compor o organismo e a pessoa singular fica assimilada definitivamente às funções cerebrais (“definição moderna da alma”). Da mesma forma, produz um novo papel na escala de valores sociais para o médico, já que, mesmo longe de obter unanimidade, as novas realizações possíveis com esses conceitos “erigem o médico em senhor do tempo, que declara e decide a morte” (Le Breton, 1995, p. 62). Esse primeiro padrão de reações parece estar assentado numa espécie de “quebra” da integridade do corpo, percebida como condição para preservar-lhe uma identidade humana.

O segundo padrão de reação diante da nova realidade dos transplantes é uma percepção difusa de risco que se expressa na fala da população por meio da mídia. Essas falas, cujos fragmentos podem ser encontrados nas notícias desencadeadas pela mudança na legislação, são ampliadas por notícias com situações em que o corpo é objeto de crimes, vira “caso de polícia”: desaparecimento de órgãos doados pela família é investigado pela polícia; com a nova lei, cresce a oferta para a venda de órgãos; corpos do Instituto Médico Legal são vendidos; o governo brasileiro reconhece que o país é um dos principais alvos do tráfico de pessoas. Principalmente a partir de janeiro de 1998, quando a legislação do ano anterior deveria ter vigência, também aparecem notícias sobre o aumento na busca de documentos de identidade com o registro da condição de não-doador, conforme previa a lei dos transplantes.

A principal dificuldade relatada nos depoimentos dos familiares que se deparam com a decisão sobre a doação dos órgãos de um parente que teve constatada a morte encefálica é a convicção da morte, como se pode evidenciar em alguns fragmentos discursivos coletados em jornais no ano de 1998:

“Antes alguém precisa me provar que ela está morta mesmo e não tem jeito de viver de novo; fica difícil saber se morreu mesmo ou se querem acelerar a retirada dos órgãos; a família não está convencida da morte”.

Essa dúvida também é evidenciada nos depoimentos da população, que registra sua opção de não doar órgãos:

“Muita gente vai acabar sendo mutilada. Pode ter certeza que algum médico não tão bonzinho vai tentar tirar os órgãos; vidas podem deixar de ser salvas para que os órgãos sejam aproveitados. Desconfio da existência de uma máfia de órgãos;

não vou doar porque só rico vai receber, gente pobre como eu vai morrer na fila de espera sem conseguir doador”.

O terceiro padrão mantém transversalidades com os dois anteriores e mostra a construção de novos arranjos para a relação do corpo com a vida. É particularmente visível quando a doação de órgãos de um familiar morto representa conforto para os familiares: fala-se do alívio de descobrir, depois da doação, que o familiar havia registrado seu desejo de doar órgãos (“foi um alívio, um momento de grande conforto, quando percebemos que tínhamos feito a vontade dele”); ou na expectativa de prolongar a vida da pessoa que morreu (“não se morre quando se vive em alguém”). Uma fala recorrente trata da necessidade de um desapego com a materialidade do corpo morto, como mostram esses fragmentos discursivos obtidos em jornais no ano de 1998:

“É importante guardar o amor que temos pela pessoa que se foi no coração. O corpo vai se decompor mesmo. Por que não aproveitar os órgãos para salvar outras pessoas; quando a gente morre, o corpo não vai junto com a alma. Além disso, uma única pessoa pode ajudar muitos doentes; os órgãos que não são doados vão ser enterrados sem ajudar ninguém”.

Nos depoimentos de pessoas que receberam os órgãos ou que aguardam esse momento há um padrão bastante estável, que mescla gratidão, reconhecimento e esperança:

“A atitude da família que autorizou a doação me salvou; sei que existem pessoas que têm medo de doar pois acham que o médico pode confundir coma com a morte cerebral. Elas têm de confiar nos médicos e pensar naqueles que, como eu, esperam um transplante para poder viver”.

Nos três padrões de reação, me parece possível identificar uma quebra importante no papel-tipo do “paciente”, configurada em pelo menos dois planos: um primeiro, com a idéia de uma passividade receptiva; o segundo com a idéia de uma unicidade identitária. O primeiro plano pode ser evidenciado pela própria reação diante da condição de submetimento. Há uma *impaciência* (para manter o neologismo) evidente da população diante da disposição da legislação que torna visível uma objetualização do corpo e de cada um à tecnologia médica. O segundo plano pode ser capturado na idéia de viabilidade da vida nos órgãos e tecidos transplantados. Parece evidente uma quebra da unidade do corpo e da vida individual, já que o órgão transplantado materializaria uma espécie de *devir, misturando e borrando* as identidades do doador e do receptor, num arranjo *mestiço*.

É importante registrar que constatei evidências dessas mestiçagens em outros momentos, ainda durante a pesquisa referida, para além da polêmica que acompanhou o curto período de vigência das disposições da lei dos transplantes, tanto no que classifiquei como território da medicina (as produções analisadas

das entidades médicas), como no território do Conselho (as produções analisadas do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul). Se essa polêmica já demonstra os contornos da quebra dos papéis-tipo, é a partir de evidências que obtive em toda a análise que pretendo seguir esta reflexão.

A construção do “paciente” vem sendo questionada pelo menos desde as críticas sistemáticas da clínica restrita ao binômio médico-paciente, identificadas sobretudo nos movimentos de reforma sanitária da década de 60, responsáveis, em boa medida, pelo movimento de reorganização dos serviços de saúde. Por outro lado, as *mestiçagens* do humano criam um campo de desafios e rigor ético nas práticas de cuidado à saúde que, no meu entendimento, tem grande responsabilidade na necessidade de ampliação da clínica. Sem a pretensão de propor uma teoria sobre o tema, quero tecer alguns comentários acerca do que me parece despontar como implicação ética da clínica.

### 3. Três ou Quatro Implicações Éticas das Mestiçagens do Humano para as Práticas do Cuidado...

A primeira implicação dos novos arranjos do humano é a própria quebra com a noção de “paciente” para identificar o *outro* da prática clínica. Ao invés de uma abstração totalizante produzida no entorno da anormalidade biológica / funcional, em oposição à identidade constituída no entorno da normalidade, vão sendo evidenciados múltiplos arranjos singulares: uma grande diversidade do “ser” que demanda cuidados e seus modos de *estar no mundo*. Portanto, parece estar sendo construída como substituição à identidade “paciente” a idéia de sujeitos singulares. Essa singularidade não está configurada apenas pela eventual existência de órgãos transplantados – que são *portadores*, como se viu, de outras vidas – mas por *devíres* que apagam as noções de corpo e indivíduo / pessoa tal como foram configuradas na modernidade.

Mas é preciso reconhecer que essa identidade é insuficiente mesmo na racionalidade biomédica: espera-se que o “paciente” não somente *busque* o atendimento, como também que se *deixe medicar* e  *siga* as recomendações – que tenha, portanto, condições para atuar autônoma e ativamente na busca e no seguimento da orientação do discurso médico. Mesmo para as pessoas que buscam assistência, não há uma negação radical da condição de submeter-se aos cuidados profissionais no momento do adoecimento. Em situações limítrofes, quando a dupla objetualização (num corpo-conjunto de órgãos e numa doença-anormalidade) confrontar drasticamente a expectativa do sujeito que busca a tecnologia biomédica (à qual se submete *pacientemente* no momento da assistência

direta, se assim lhe for imposto), sabe-se que este poderá buscar outras práticas e o cuidado em outras racionalidades ou, mesmo, não implementará as recomendações da forma como foram prescritas.

Entretanto, são outras as conseqüências de uma leitura mais radical dessas *mestiçagens*, que fazem com que o paciente assuma a configuração de um sujeito singular e *encarnado*. Quando está adoecido, sua dor não é um abstrato sintoma, produzido por fenômenos eletroquímicos anormais instalados em algum lugar no conjunto dos seus órgãos. Sua morte não é apenas o silêncio do tronco encefálico, e mesmo os fragmentos de seu corpo, por ocasião da sua “morte encefálica” (a morte decretada pelo médico) não são apenas insumos ou peças a serem deslocadas para outros organismos (e quando o transplante é feito, o corpo que o recebe se torna ainda mais *mestiço*). A vida não é apenas um silêncio passivo e a saúde não é um estado de “equilíbrio” no funcionamento dos órgãos. Não há uma máquina humana sincronizada: há um corpo que sofre, que se transmuta constantemente, recheado de devires e prenhe de possibilidades, que demanda cuidado solidário e escuta sensível.

Embora “paciente” diante de um profissional que assim o procura constituir, o ser que expressa necessidade de cuidado leva consigo, na busca de atenção à saúde, suas “inteirezas” (como nos dizia Paulo Freire), e é dessa forma que precisa ser compreendido. Essas múltiplas *inteirezas*, que são próprias do humano, são reduzidas à abstração universalizante do “paciente”, constituído por um conjunto de órgãos e portador de um conjunto de sinais e sintomas enunciáveis (o diagnóstico) como uma doença (disfunção de órgãos, desordenamento de fenômenos fisio-químicos), a partir de uma *experiência clínica* universal, para torná-lo objeto de uma solução terapêutica ótima. Essa redução tem-se mostrado menos eficaz (para atuar sobre a saúde) e menos legítima (para circular pelos serviços de saúde).

Não há uma máquina, há um corpo pulsátil e concreto, composto por duas “superfícies”. Uma superfície visível registra marcas da história, da sua localização nos espaços e nos tempos sociais, sua condição de gênero, as cicatrizes dos diversos processos de disciplinamento (no sistema educacional, no sistema de saúde, no sistema judiciário etc.). Essa superfície está marcada pelos processos de subjetivação social, que buscam aprisioná-la numa identidade fixa. Mas há também uma superfície invisível, incrustada nas dobras do corpo, com forças em movimento, afetos, devires, alteridades. Essa precisa ser *escutada e enxergada* como *vida que pode vingar* e, portanto, efetivamente singular. Precisa, portanto, ser

mobilizada no cuidado de saúde como potência de mestiçagem que inventa / re-inventa, que afirma ou não a vida.

Uma segunda implicação é decorrente dessa e envolve a complexidade da própria clínica. Se o *outro* da prática clínica não está mais inscrito em um traçado unitário, mas é uma combinação móvel, múltipla e dispersa, também não serão suficientes os recursos disponíveis atualmente para a clínica e nem, mesmo, a racionalidade que produz e dá sentido a esses recursos. A clínica teria que utilizar mecanismos que permitissem *ensxergar* / *escutar* a diversidade que se expressa em cada situação de atendimento (em substituição à abstração na doença universalizada), reconfigurar-se a partir dessa diversidade para propor ações que se adequassem à situação concreta e única do momento do contato do profissional com o sujeito *encarnado* e combinar-se lateralmente com outros conhecimentos e práticas. Da mesma forma, teria que se combinar nas possibilidades de atenção oferecidas por outros profissionais e serviços do sistema de saúde, para oferecer os melhores cuidados ao usuário (em substituição à lógica da autonomia da prática de cada um dos profissionais em detrimento da qualidade de atenção ao usuário). Concebida dessa forma, parece estar indicada a necessidade de uma *clínica nômade*, de tal forma que, para não abrir mão do compromisso ético-político com a vida, tenha capacidade de assumir novos arranjos estéticos suficientes para potencializar a saúde e afirmar a vida em cada situação de atendimento (Ferla, 2002).

As duas primeiras implicações desdobram-se numa terceira, que se refere aos mecanismos de reprodução do conhecimento e da habilidade prática dos profissionais que exercem a clínica. Na medicina moderna, a *experiência clínica* permitiu a replicação ordenada da racionalidade hegemônica, assegurando um padrão mais ou menos estável de respostas no conjunto dos profissionais. A *experiência clínica* funciona como um dispositivo da pedagogia médica que passou a vigorar na modernidade: uma *pedagogia medicalizadora*, assentada numa visão antropológica configurada em sujeitos territorializados, numa visão metodológica pautada pela idéia de sofisticação tecnológica e numa visão teleológica fundada na idéia de progresso (avanço progressivo em direção a um futuro mais desenvolvido). Para produzir visibilidade no que tensiona essa pedagogia, cunhei o termo *pedagogia médica mestiça*, justamente para abarcar essas mestiçagens que tensionam a visão antropológica vigente.

Se o reconhecimento da existência de um ser *mestiço* impõe a reconfiguração local (em cada situação concreta de atendimento) da clínica, com o uso de novos dispositivos para seu exercício (*escuta à vida*), há também uma outra decorrência

dessa quebra. As ações de cuidado precisam assegurar menos a sedação da doença e o disciplinamento e mais padrões progressivos de protagonismo para o usuário. O resultado primeiro do cuidado é aumentar a qualidade do *andar a vida* de cada um, o que torna a clínica, definitivamente, não mais a arte de aplicar a ciência do cuidado, mas uma ciência de aplicar a arte do cuidado.

Se a medicina moderna conseguiu criar a possibilidade de forjar uma saúde padronizada e constituir, em consonância com as demais instituições da sociedade, uma identidade fixa sobre a superfície visível (mesmo daquela tornada visível pelo olhar do médico no interior desvelado do corpo), nessa outra superfície, invisível e composta nas dobras do corpo, há mil saúdes, como nos disse Rotelli (1990). Nessa superfície está a “Grande Saúde”, da qual nos falava Nietzsche (1999). É abissal a diferença do ser aprisionado pela identidade que lhe é constituída, no espaço social, mas também no espaço da relação com os serviços de saúde, e do ser pulsátil e móvel, de existência concreta e que, em momentos diversos da vida, demanda cuidados médicos. O momento atual da configuração do sistema de saúde penhora a essas idéias uma potência maior do que aquela do encontro individual de um usuário com um profissional, num espaço reservado nos serviços de saúde. Elas podem, por decorrência das disposições legais, circular pelo próprio sistema de saúde e *contaminar* seu modo de funcionamento: o “paciente” do discurso médico também participa das estruturas híbridas que deliberam sobre prioridades, uso dos recursos e sobre parâmetros de qualidade para o sistema como um todo e para as práticas específicas no seu interior.

O adoecimento também não é um fenômeno individual. O sofrimento concreto e as conseqüências reais do adoecimento relacionam-se com o grupo social, com a família, com a comunidade. Não há uma identidade isolada, uma célula errante, por ocasião do adoecimento. E essa dimensão coletiva do ser, que é múltiplo e *mestiço*, também demanda cuidados e a escuta sensível dos serviços, cuidados não centrados no olhar vigilante e disciplinador da tecnologia (que também é social) da biomedicina.

Se há mil saúdes inscritas no campo de possibilidades do humano (individual-e-coletivo), elas só tomam vigência se houver protagonismo, se elas forem suscitadas a emergir e se houver disposição (abertura / exposição) ao encontro efetivo de quem cuida com quem é cuidado. O protagonismo torna possível a emergência de uma infinidade de “outros” que, por sua vez, tornam mais complexa e tensionam ainda os limites da clínica no sentido de sua ampliação.

Bem, como dizia no início, foge-me a pretensão de que este texto esgote o tema que me propus a abordar como reflexão preliminar no contexto desta

coletânea sobre o cuidado. Pretendi, bem antes, que essas considerações permitissem uma circulação de idéias para nos ajudar a pensar em novos planos para organizar o cuidado, impregnado que o queremos no conjunto polissêmico e múltiplo dos sentidos da integralidade. Objetivo que somente é possível porque *nós, os novos, os sem-nome, os difíceis de entender, os nômades*, não nos furtamos ao contato com novos territórios de reflexão.

## Nota

<sup>1</sup> Médico; doutor em Educação (UFRGS); secretário Substituto da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; representante governamental na Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2002; assessor da Direção do Grupo Hospitalar Conceição; pesquisador do LAPPIS e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva (NIPESC/IFCH/UFRGS).

## Referências

- BIRMAN, J. Os signos e seus excessos: a clínica em Deleuze. In: ALLIEZ, E. (Org). *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 463-478.
- CONTI, L. Estructura social y medicina. In: BERLINGUER, G. (Org). *Medicina y sociedad*. Barcelona: Fontanella, 1972.
- CRESPO, J. *A história do corpo*. Lisboa: Difel, 1990.
- DORNELES, M. A. *Lo público y lo popular en el ámbito racionalizador del orden pedagógico moderno*. 1996. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Faculdade de Filosofia e Humanidades, Universidade Católica de Córdoba. Córdoba, Argentina, 1996.
- FERLA, A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.
- \_\_\_\_\_. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 8-108, 2004.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- FREIRE, P. *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Olho D'água, 1995.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- LE BRETON, D. A síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, D. B. (Org). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 49-67.
- LEVYMAN, C.; ABRAMOVICH, I. Morte encefálica. *Medicina*, Brasília, n. 91, p. 14-15, março 1998.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.
- NIETZSCHE, F. *Nietzsche: vida e obra*. São Paulo: Nova Cultural, 1999. (Coleção Os Pensadores).
- \_\_\_\_\_. *Fragmentos finais*. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. *Modelos ideais x práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1999 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 19).

Alcindo Antônio Ferla

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

ROTELLI, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1997.

VAYSSE, J. Coração estrangeiro em corpo de acolhimento. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 39-47.

# Os Sentidos de Cuidado em Práticas Populares Voltadas para a Saúde e a Doença

SONIA ACIOLI<sup>1</sup>

## 1. Introdução

Este artigo tem o objetivo de discutir os sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, doença e o cuidado com um grupo social urbano<sup>2</sup> e sua relação com a idéia de integralidade.

Aspecto relevante foi a indissociação entre práticas identificadas com a saúde, ou o sentir-se bem com a doença ou com problemas de saúde, e as ações identificadas pelo grupo como voltadas para o cuidado propriamente dito. Ou seja, tanto as práticas voltadas para a saúde quanto para o adoecimento foram entendidas e desenvolvidas como práticas de cuidado. Esse dado só foi percebido quando se iniciou a análise dos sentidos e práticas populares.

Pode-se identificar que o cuidado, para esse grupo social, permeava todas as outras práticas. Essa forma de se apropriar do cuidado parece indicar um modo inclusivo e integral de pensar sobre ele, ainda que a pesquisa não tenha se detido na percepção do grupo social sobre o sentido de integralidade.

Face à relevância de construir espaços de cuidado de modo articulado, na teoria e na prática, e ainda a associação entre o ato de cuidar e a idéia de integralidade, este texto tem como objetivo central ressaltar o sentido de cuidado expresso nas práticas de saúde/ doença de um grupo da sociedade civil de caráter popular, no sentido de considerarmos os olhares não-institucionalizados na construção de práticas de cuidado integrais. Não se pretende afirmar que a maneira como esse grupo social apreendeu e realiza suas práticas de cuidado são integrais ou mais completas que as desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tampouco sacralizar os sentidos de cuidado percebidos, mas tão somente apresentar formas de pensar e cuidar que, embora fragmentárias e nem sempre resolutivas, possam nos apontar pistas

para o desenvolvimento de práticas de saúde que considerem os contextos e as maneiras de fazer dos diferentes grupos sociais.

O artigo pretende, ainda, discutir a relação entre cuidado, sabedoria prática e integralidade, já que, nas práticas, se percebe uma associação entre saberes e práticas, assim como entre a vivência de um cuidado cotidiano e a idéia de integralidade.

## **2. O Cuidado: práticas em situação e modos de fazer. A vida no Alto Simão**

Ao nos debruçarmos sobre as *práticas*, faz-se necessário pensá-las como *práticas em situação*, ou seja, práticas empregadas apenas em determinados contextos e, portanto, com usos diversos. Foram identificadas práticas voltadas para a saúde, para a doença e também para o cuidado, que não representam modelos, mas simplesmente as possibilidades que se apresentam no cotidiano de determinado grupo social em seu contexto específico. Esse contexto se refere ao lugar em que vivem os moradores da localidade do Alto Simão, em Vila Isabel, no município do Rio de Janeiro.

Através do levantamento da história da comunidade, identificou-se que a maioria dos moradores morava no Morro dos Macacos, situado no mesmo bairro. Este faz parte do grupo de favelas da Tijuca, com o qual o Alto Simão está ligado – seja geograficamente, seja pelos laços de amizade e parentesco. No Alto Simão existia uma fazenda e conta-se que seu primeiro dono se chamava Simão. Sendo assim, há muitos anos o local era conhecido como Morro do Simão, o que possivelmente levou a prefeitura a dar o nome de Alto Simão à localidade, que fica na Rua Ernesto Nazaré s/n, em Vila Isabel, próximo à Policlínica Piquet Carneiro e ao Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. No entanto, vários moradores chamam o local de “Pantanal”, nome que parece estar relacionado à impressão que o local causou quando um grupo de moradores – cerca de 120 famílias, que haviam ficado desabrigadas devido às enchentes ocorridas em fevereiro de 1988 – se mudaram para alguns barracões construídos provisoriamente pela prefeitura. Passaram-se muitos anos e os barracões se transformaram em pequenos prédios e vilas, construídos com a ajuda dos moradores. Atualmente a localidade possui uma associação de moradores, sete bares e três igrejas<sup>3</sup>.

A vida cotidiana dos moradores do Alto Simão reflete parcialmente a divisão social e geográfica presente em outras favelas, com uma forma de viver que mistura o individualismo contemporâneo e momentos de agregação e

solidariedade. É uma localidade que expressa diversidade, e não homogeneidade ou comunidade idealizada. Convivem nesse espaço os traços heterogêneos e fragmentados que caracterizam a vida urbana dos grupos populares, a pobreza, o tráfico, a falta de trabalho, mas também os namoros, as festas e os sonhos.

Percebe-se a existência de vários grupos dentro da pequena localidade do Alto Simão, os quais refletem a diversidade social e também as várias influências diretas e indiretas a que são submetidos. A proximidade do asfalto e do centro de Vila Isabel facilita a presença de pessoas de fora, como professores, estudantes, equipes de saúde e, também, políticos, policiais – ou seja, a gama de grupos e instituições que compõem os vários poderes das redes inter e supralocais<sup>4</sup>. É nesse contexto permeado por diferenças e semelhanças, violência física e simbólica, e também desejos e sonhos, que se constroem maneiras de fazer, pensar e sentir as questões ligadas à saúde e à doença.

Foram consideradas, como práticas de saúde, as ações identificadas pelas pessoas como atividades que contribuem para que se sintam saudáveis. Sendo assim, estas nem sempre incluíram ações tradicionalmente entendidas como voltadas à saúde. Partindo desse pressuposto, surgiu a necessidade de identificar os sentidos que as pessoas dão à saúde, e não o que fazem para ficarem saudáveis no sentido usual do termo, mas por vezes as duas formas de perceber a saúde são expressas e vivenciadas pelas pessoas ao mesmo tempo. As práticas consideradas como voltadas para a doença são aquelas realizadas no sentido de enfrentar os problemas de saúde ou as experiências com o adoecimento. Sendo assim, as referências mais comuns foram as doenças vivenciadas e as expectativas com relação à assistência à saúde. O cuidar surge associado a ambas as práticas e não é identificado como uma prática específica.

A idéia de estar com a saúde completa, que neste estudo foi percebida como estar feliz, sentir-se bem, se relaciona a uma compreensão de saúde que valoriza os aspectos subjetivos da vida cotidiana, podendo ser entendida como próxima de uma percepção integral de saúde. No entanto, este é um sentido de integralidade que valoriza como a pessoa se sente de modo individual, sem uma articulação clara entre esses aspectos e os contextos que facilitam e motivam essa percepção de saúde.

A idéia de “estar doente” ou “sentir-se doente” relaciona-se à vivência que as pessoas têm do processo de adoecimento, estando, portanto, diretamente ligada a experiências com a dor, seja ela objetiva ou não. A doença está relacionada à patologia, mas também à mágoa e à relação com o grupo social de referência.

Aparentemente, estar doente é mais grave e relaciona-se a situações que não obtiveram resolutividade através das buscas às redes informais, na tentativa de solucionar o problema. Já o problema de saúde está relacionado a questões do cotidiano passíveis de serem resolvidas sem a procura do médico ou dos serviços de saúde. Ressalta-se ainda o sentido de doença correlacionado às condições de sobrevivência – ou seja, o processo de adoecimento é relacionado ao contexto socioeconômico.

Pode-se perceber que o sentido de doença, ou do processo de adoecimento entre a população observada e entrevistada, expressa a idéia presente no campo da Antropologia da Saúde, de que a experiência da enfermidade é um processo individual, mas construído socialmente. Alves (1995, p. 219) exemplifica: “a enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real para os membros da sociedade e aceita como real entre eles”.

Os sentidos percebidos, relativos à saúde e à doença, orientam ações que as pessoas desenvolvem no sentido de se sentirem saudáveis, ou de enfrentarem situações de adoecimento. Há uma associação entre o que as pessoas fazem para “se sentirem saudáveis” e as práticas voltadas para o cuidado de si e do outro. Da mesma forma, as práticas voltadas para o processo de adoecimento ou às situações que envolvem o adoecer incluem as ações de cuidar. Parece-nos que a população integra as ações, criando práticas que envolvem o cuidar da pessoa e não se limitando à idéia de cuidar de uma doença.

O perfil das práticas relaciona-se tanto ao perfil dos entrevistados, em sua maioria mulheres, quanto às possibilidades de observação durante o período da pesquisa, em sua maior parte também com mulheres. Tal situação reforçou a hipótese de que a saúde, suas práticas e cuidados fazem parte do universo feminino. Como ressalta Boff (2004), o cuidado está ligado ao feminino, que pode estar no homem ou na mulher, mas que indica essencialmente a capacidade de sentir e captar o outro com a cabeça e com o corpo. Neste estudo, a capacidade de cuidar esteve mais presente entre as mulheres.

Tanto nas práticas voltadas para a saúde, quanto para a doença, foram identificadas práticas individuais voltadas para o espaço público e para o espaço privado ou doméstico. Foram percebidas, ainda, práticas coletivas voltadas para a saúde. A seguir serão apresentados dois quadros com a síntese das práticas individuais e coletivas voltadas para a saúde, a doença e o cuidado.

<b>Práticas voltadas para a saúde e cuidado</b>		
<b>Individuais - espaço doméstico</b>	<b>Individuais - espaço público</b>	<b>Coletivas</b>
Trabalho doméstico	Trabalho remunerado ou voluntário	Jogos
Ginástica	Atividades religiosas	Festas
Cuidar de plantas	Andar, "movimentar-se", ir para a rua	Participação em grupos (dança, igreja etc.)
Cantar e ouvir música	Viajar	Conversar
Alimentação	Dançar	
Ter senso de humor		

<b>Práticas voltadas para a doença e cuidado</b>	
<b>Individuais - espaço doméstico</b>	<b>Individuais - espaço público</b>
Rezar e ouvir músicas religiosas	Busca do serviço médico
Uso de chás e ervas	Ir à igreja
Automedicação	Busca do centro espírita
Apoio familiar e de vizinhos	

Segundo Certaud (1994), as práticas capazes de alterar os processos dominantes são *táticas*; já as estratégias estariam atreladas a uma lógica de ação relacionada a uma estrutura de poder. Algumas das práticas apresentadas como de saúde indicam *táticas*, pois constroem possibilidades de ação diversas e não subjugadas à estrutura de que provêm. Outras ajudam a esquecer os problemas e têm o sentido de desviar a atenção dos mesmos, e não exatamente de enfrentá-los.

Os trabalhos domésticos, entendidos como arrumar casa, lavar, passar, cozinhar e limpar, seriam tanto estratégias quanto táticas, no sentido usado por Certaud, já que as atividades são empregadas para desviar o pensamento dos problemas, mas também são uma tentativa de superá-los. Dentre essas atividades, “cozinhar” e “costurar” têm destaque, já que, além de “distrair”, em alguns casos também são consideradas como lazer ou “terapia”. Uma prática que pode ser percebida como uma tática, e que é associada à idéia de movimento, é a ginástica, assim como andar e “ir para a rua”. São práticas que parecem ter um sentido de relaxamento, ajudam as pessoas a se sentirem bem, em paz e com tranquilidade.

Luz (2000) discute os sentidos das atividades físicas em segmentos da classe média. Talvez o sentido de movimento, tão fortemente presente nos significados e práticas identificadas no grupo social a que se refere a pesquisa, seja a expressão possível de algumas de suas necessidades construídas na sociedade

contemporânea. Para esse grupo, a relação entre movimentar-se através de atividade física e sentir-se bem, com saúde, foi percebida, predominantemente, como uma prática vital e não como um modelo ligado à cultura biomédica.

A rotina de caminhar foi apresentada de formas diversas. Em alguns casos, é incluída como parte da necessidade cotidiana de cuidar da casa e da família. Em outros, é apresentada como uma opção de lazer, que, no entanto, possui também efeito relaxante e revigorante, sendo explicitada ainda a importância da rede de apoio estabelecida no próprio grupo social. E, por fim, a caminhada é também apresentada como algo que se “deve fazer para ter saúde”, e que expressa a incorporação de normas, que em geral são dadas às pessoas pelos profissionais de saúde.

Carvalho (1998, p. 26-27) mostra que, na sociedade atual, há um “mito” da atividade física como saúde, que fortalece a ideia de alcance de um padrão estético de beleza e saúde. A atividade física propiciaria a saúde e, indiretamente, evitaria a doença. A autora aponta ainda para a relação entre essa ideia e as formas de utilização do corpo, assim como a construção de necessidades que alimentam essa associação.

Desta forma, a saúde, entendida como movimento, implica uma tensão entre a compreensão do movimento como expressão de necessidades psicossociais construídas e como percepção de uma “saúde completa”. Nas observações e levantamentos realizados, o corpo não é visto apenas como “instrumento” necessário à reprodução da força de trabalho; é percebido não como membros ou partes que podem não funcionar, mas como um todo.

A realização de atividades fora de casa, que incluem o trabalho remunerado e o voluntário, na própria comunidade, parece fazer parte das práticas que envolvem a “ideia de movimento”. Neste caso, é uma estratégia que ajuda a “esquecer os problemas”. É também uma prática que fortalece emocionalmente as pessoas, tendo um sentido de prazer e de construção de identidades.

A busca por práticas religiosas já vem sendo apontada como uma das alternativas de grupos populares para o enfrentamento de seus problemas de saúde. Aqui, a religiosidade, e também a espiritualidade, surgem como formas de cuidado voltado para a saúde e para os processos de adoecimento. Frequentar a igreja, fazer orações ou ouvir músicas religiosas parecem ser estratégias que ajudam as pessoas a se sentirem com saúde, e por vezes melhorarem, quando estão doentes, além de ser um espaço de apoio social, de solidariedade e refúgio.

Valla (1997) discute a relação entre religiosidade e saúde, e entende que a procura das classes populares pela religião se relaciona ao apoio social que recebem, ao criar motivações para esses grupos resistirem à pobreza. Para esse

autor, o apoio social é um processo que inclui informação e outras formas de auxílio oferecidas a grupos de pessoas que convivem. Tal situação é comum nos espaços religiosos, sendo que em alguns casos as igrejas ou os centros espíritas assumiriam o papel de promover a saúde e prevenir doenças.

Parece-nos que, para além das religiões, a espiritualidade presente nas atividades desenvolvidas a partir das redes de apoio social, estabelecidas nesses espaços, ajudam as pessoas a se sentirem bem e com saúde. O contato entre as pessoas, a dança, o canto e a música são, por fim, consideradas práticas coletivas nas quais se fortalece o sentir-se cuidado, com mais energia, entusiasmo, sentir-se com saúde.

Há, portanto, diversas *táticas* que fazem parte dos recursos usados pela população para “viver melhor”, e que estão relacionados direta e indiretamente à saúde. São práticas que apresentam a possibilidade de acesso a bens sociais, indicam a incorporação do modelo de “manutenção da saúde em forma”, mas traduzem, por outro lado, um sentido de busca da vitalidade e não apenas de valores cuja dominância são o corpo e a beleza, na “*somatocracia*” crescente na sociedade contemporânea. Práticas de saúde individuais ligadas ao movimento, como andar, fazer ginástica, dançar, “ir para a rua”, indicam táticas e refletem uma associação com vitalidade. O que importa, na perspectiva de sentir-se bem, com saúde, não é apenas a prática realizada, mas os sentidos atribuídos às mesmas.

A maior parte das práticas voltadas para a doença indica *estratégias* – ou seja, são ações desenvolvidas a partir da lógica do outro e dos elementos que constituem essa lógica. Esse outro pode ser o médico, o terapeuta, as equipes de saúde, ou ainda pessoas que incorporam a lógica desse outro em suas práticas.

No que se refere ao enfrentamento dos problemas de saúde, pode-se perceber práticas delimitadas pela relação que se estabelece com o serviço de saúde, com as redes sociais existentes e com o contexto sociocultural.

A doença é quase sempre associada à prática médica – logo, ao paradigma da normalidade / patologia e à busca pelo “saber médico”. Na procura pelo atendimento médico, as pessoas geralmente preferem os especialistas, o que não corresponde à lógica de organização dos serviços do Sistema Único de Saúde. No entanto, se a busca pelo serviço de saúde só acontece quando o “problema é grave”, seja por opção, seja por dificuldade de acesso, a lógica de procurar o especialista se fortalece, contrariando o pressuposto da hierarquização da atenção à saúde. Ao mesmo tempo verificamos, neste estudo, que se mantém a procura por apoio religioso, no centro espírita ou nas igrejas, como forma de enfrentar os problemas de saúde e buscar a cura.

Quando há um “problema de saúde”, ou seja, uma situação menos grave, a alternativa mais comum é tomar remédio ou chás. Percebe-se a utilização tanto da automedicação, como expressão do reconhecido processo de medicalização existente em nossa sociedade, quanto da permanência na utilização de ervas e chás, como expressão, em áreas urbanas, da chamada “medicina popular”.

Como ressalta Luz (1997, p. 23), nos centros urbanos podem ser identificados paralelamente indícios de uso de plantas medicinais, busca por práticas terapêuticas não-convencionais e a continuidade na procura pelo modelo biomédico.

A automedicação é vista como alternativa inicial ao enfrentamento da dor e, ainda que seja comum, seu uso é criticado pela população. Parece que, antes de utilizá-la, “se agüenta a dor ao máximo”, em face da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O uso de chás e ervas representa uma estratégia e substitui os remédios, mas também expressa uma cultura familiar.

Os assuntos e práticas que envolvem a saúde e a doença parecem ser um assunto pessoal que deve ser compartilhado apenas com a família, com alguns vizinhos e pessoas que ocupem um lugar especial, ou que tenham estabelecido um vínculo de confiança. Essas pessoas formam uma rede e têm o papel de apoiar o grupo social a que pertencem. Tal percepção contraria a prática usual dos profissionais de saúde, já que os mesmos perguntam sobre a vida, hábitos e costumes das pessoas que são atendidas, e geralmente discutem em equipe os “casos” que acompanham. Ainda que bem-intencionados, muitas vezes os profissionais de saúde não esperam o tempo necessário à construção de vínculos com os usuários dos serviços, esquecendo que confiança é um sentimento que se conquista, em geral, lentamente.

Conforme dito anteriormente, o cuidado surge como uma prática que ganha sentido de acordo com os interesses e necessidades dos sujeitos envolvidos, sendo entendido como uma prática que articula saúde, doença e também o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem esses sujeitos. Nesse sentido, trata-se de um cuidado percebido como prática integral, cooperativa e culturalmente situada.

O cuidado, neste estudo, é realizado principalmente pelas mulheres, mais especificamente pelas mães. A fala de quase todos os entrevistados ressaltou o papel da mulher-mãe como “cuidadora”, no sentido de zelar para que a família não adoça e de cuidar durante o processo de adoecimento. As mulheres, muitas vezes, perdem o direito e a possibilidade de ficarem doentes, pois “quem cuida não pode ficar doente”.

Outro elemento fundamental na construção das formas de cuidar do cotidiano dos grupos da sociedade civil é a valorização do tempo e do carinho necessários nos processos de interação entre sujeitos. Ou seja, o cuidado no cotidiano desses grupos implica, sobretudo, tempo longo de permanência e afetividade, ao invés de rapidez e técnica. Esses aspectos, que são lembrados como essenciais, apontam para a superação, por parte da população, da incorporação de um modelo biomédico tecnicista, como também a identificação destes como aspectos importantes na avaliação dos serviços e da relação com os profissionais de saúde. Como nos ensina Boff (1999), o cuidado emerge de crises e como não existe vida sem cuidado, esta é a essência do humano.

É importante ressaltar que nenhum profissional da equipe de saúde foi identificado por esse grupo social no lugar de quem cuida. É um aspecto que merece atenção, pois indica que as práticas profissionais não têm incorporado, ou demonstrado, o que é percebido como cuidado pelas pessoas em seu cotidiano. Nesse sentido, fica fortalecida no grupo uma idéia de cuidado como parte da vida e do espaço doméstico, e não apenas como assistência específica. Nessa mesma lógica, Ayres (2001) tem destacado a importância e a necessidade de transformação do cuidado em atitude profissional que oriente o conjunto de ações voltadas para a saúde das pessoas.

Já a cura é associada ao médico e à fé em Deus. São situações que refletem uma imagem forte presente no inconsciente coletivo e a idéia-força de que a cura depende principalmente de um “outro”, que deve ser especial. Nesse sentido, é incorporada pelas pessoas a dicotomia aparente entre cuidado e cura, ainda que nas práticas desses grupos não seja ressaltada essa diferença.

A maior parte das práticas identificadas está direcionada ao espaço privado, acontecendo nas casas das pessoas e envolvendo sua intimidade. No entanto, existem também práticas coletivas voltadas para o espaço público.

Neste estudo, são chamadas práticas coletivas voltadas para a saúde e para o cuidado, atividades variadas desenvolvidas fora das casas e que envolvem um número maior de pessoas, como danças, jogos de carta e festas. Tais práticas foram observadas em momentos distintos durante a pesquisa, não tendo sido relatadas pelos entrevistados como práticas voltadas para a saúde, cuidado ou doença. No entanto, são atividades valorizadas por esse grupo social e que se relacionam aos sentidos de saúde ligados às sensações, emoções e sentimentos, e também ao movimento. Seriam práticas de cuidado associadas a percepções subjetivas de saúde, que a caracterizariam não como um estado, mas como uma atitude de lidar com as contradições, com as perdas e danos, construindo o

cuidado como prática mediadora da saúde e da doença. Percebeu-se, ainda, que a realização de práticas coletivas é tida como algo importante, que faz as pessoas se sentirem bem – ou seja, com saúde –, como também revelam um sentido de autocuidado e cuidado com o outro.

As práticas coletivas observadas são voltadas para o lazer, para o lúdico, e envolvem os vários grupos e redes existentes na localidade do Alto Simão. Exemplo significativo é a realização de uma festa já tradicional, que ocorre em várias “comunidades” do grupo de favelas de Vila Isabel e Tijuca. Denominada “Festa da Primavera”, acontece anualmente sempre no mês de setembro e teve como motivação as Festas de São João, nas comunidades da Tijuca. A festa é anunciada entre as “comunidades” com carro de som e através do “boca-a-boca”. Tem como característica principal oferecer comida e bebida de graça, sendo necessário, para tal, que os organizadores peçam doações junto aos comerciantes de Vila Isabel.

O clima dessa festa traz à tona um espírito de solidariedade, de reciprocidade e de doação. Godbout (1999) recupera, em *O espírito da dádiva*, a idéia de que a dádiva, como relação social, existe na sociedade contemporânea, apesar do individualismo reinante. A dádiva deve ser compreendida como um ciclo que inclui dar, receber e retribuir, não como ato isolado, tendo por conseqüência a criação de laços e vínculos sociais. Parece-nos que a festa do Alto Simão é um exemplo de dádiva, em que a ênfase ocorre nos vínculos interpessoais, entre amigos, filhos e familiares.

Valores como gratuidade, cooperação, vínculo e amorosidade, presentes nas festas do Alto Simão, apesar da violência urbana, são fundamentais para que possamos entender a importância da categoria cuidado, e como essa idéia ganha concretude no cotidiano.

As festas têm sido motivo de estudos antropológicos, devido aos sentidos sociais e simbólicos que contêm. No Alto Simão, a festa também parece ter um sentido social, e ajuda a preservar a solidariedade no grupo. Expressa uma grande capacidade de articulação entre os vários poderes locais e supralocais existentes, já que ela depende dessa articulação para que ocorram as doações, e da garantia da necessária “paz” para que a festa possa acontecer.

Ainda que possa parecer contraditório, a festa transcende as dificuldades sociais que esse grupo de moradores enfrenta e se torna possível, no contexto cultural dominante, fortalecendo a existência do coletivo e do reconhecimento do outro como sujeito. Parece-nos que as práticas coletivas voltadas para a saúde devem incorporar o lúdico presente na festa, como também sua capacidade de fazer as

peças se sentirem alegres, fortes, sem medo e livres. Afinal, estar alegre é também estar com saúde.

A natureza das ações das pessoas acompanhadas neste estudo está voltada principalmente para o cuidado, ainda que não de forma explícita; e a cura, apesar de associada diretamente ao cuidado, parece ser principalmente percebida como ligada ao espaço institucionalizado dos serviços de saúde, ou, ainda, centrada na figura do profissional de saúde. Ou seja, a população em geral vive uma contradição, na medida em que percebe e pratica um cuidado integral, mas não supera a dicotomia presente na sociedade contemporânea entre cuidar e curar.

Esse é um campo relacional de atividades, já que as pessoas são sujeitos que ora cuidam, ora são cuidados. Entretanto, as pessoas parecem preferir cuidar, já que ser cuidado pode indicar não estar bem, ou mesmo ser uma posição de fragilidade perante a existência. Faz-se necessário pensar em um processo saúde-doença-cuidado-cura, para que possamos superar a limitação da idéia de saúde como ausência de danos e a cura como possibilidade de extinguir os danos. “(...) Saúde não é ausência de danos. Saúde é a força de viver com esses danos” (Boff, 1999, p. 145).

### **3. Construção de Formas de Cuidado entre Sujeitos e Contextos, Considerando a Noção de Sabedoria Prática e de Integralidade**

Percebemos a construção de práticas de cuidado desenvolvidas entre os sujeitos, que ganham significado, a partir dos contextos em que ocorrem. Sejam estas individuais ou coletivas, indicam a existência de formas de *sabedoria prática*, já que o saber prático não se refere a uma prática específica e, sim, aos *sentidos*, *significados* e *valores* advindos das experiências dos sujeitos incorporadas cotidianamente, a partir de suas necessidades de saúde e enfrentamento de seus processos de adoecimento nos contextos diversos em que estão inseridos.

Ao falar-se em sabedoria prática, é preciso retomar duas outras expressões que ajudam a compor o seu significado. São elas: senso comum e saber local. O senso comum surge como conceito filosófico no século XVIII, percebido como um senso da burguesia que ascendia ao poder. As concepções relativas ao senso comum são muitas, mas em geral enfatizam sua negatividade (ilusão, erro, superficialidade), expressando uma oposição com a ciência.

Santos (1995, p. 40-42) ressalta que o senso comum contém sentidos de resistência e não apenas acomodação; reflete o conjunto de relações existentes numa dada sociedade e não necessariamente concepções superficiais; e, na relação

com a ciência, não representa apenas os preconceitos, já que estes estão presentes também na ciência.

Ao apresentar elementos que realçam aspectos positivos do senso comum, o autor aponta que o pleno desenvolvimento dessa positividade só pode ocorrer com a realização de um processo de *dupla ruptura epistemológica*. Ou seja, após uma primeira ruptura, que consiste no rompimento com o senso comum e constituição da ciência, dá-se uma segunda ruptura, que transforma o senso comum com base na ciência e novamente transforma a ciência. É um movimento em que ambos se transformam. Esse seria o caminho para uma nova configuração do saber, que articularia elementos do senso comum e da ciência, criando um saber prático. O autor ressalta que a nova configuração do saber aproxima-se da *phronesis* aristotélica – ou seja, de um saber prático que dá sentido e orientação à existência.

Geertz (1997, p. 129) sintetiza o que considera serem as principais características do senso comum: naturalidade, praticabilidade, leveza, não-metodicidade e acessibilidade. Os temas selecionados pelo senso comum seriam naturais, no sentido de serem inerentes a determinada situação; possuem um caráter prático; são leves ou simples; não são sistematizados e de fácil acesso a qualquer pessoa. Dessa forma, o senso comum é constituído por um conteúdo bastante heterogêneo, não padronizável e referido às experiências locais. Em trabalho mais recente, Geertz (2001) ressalta a relatividade do “saber local” e a necessidade de percebermos as especificidades entre os tipos de saberes existentes, sejam eles locais ou globais, fugindo de generalizações e buscando particularidades.

Portanto, do senso comum advém um conhecimento prático, que nasce das experiências da vida, do sofrimento, do prazer. É um saber empírico, incompleto, transmitido de forma assistemática e lenta. Compreende-se que as idéias contidas nas expressões “sabedoria coloquial” e “saber local”, apresentadas por Geertz, aproximam-se e reafirmam o que está se propondo chamar aqui de *sabedoria prática*. O saber prático (ou sabedoria prática) pode ser considerado como tal, não apenas por se referir a uma prática específica no sentido de ação, mas também por se referir aos sentidos, significados e valores provenientes de experiências incorporadas cotidianamente.

Ao se referir ao senso comum, Mafesolli ressalta sua importância e lugar como substrato da própria teoria, apresentando-o como expressão de um *saber enraizado*.

“Convém, portanto, restituir às diversas expressões desse senso comum seus foros de nobreza, e assumi-las intelectualmente. É isso o interesse de uma razão sensível que, sem negar fidelidade às exigências de rigor próprias ao espírito, não esquece que deve ficar enraizada naquilo que lhe serve de substrato, e que lhe dá afinal de contas, toda a sua legitimidade” (Mafesolli, 1998a, p. 162).

Existe, portanto, um conjunto de ações que explicitam comportamentos, táticas e estratégias baseadas no senso comum, que expressa por vezes, através de movimentos de tensão, características contraditórias. Parece-nos que não se trata de julgar modos de viver ou de fazer, ou ainda de contrapor saberes e, sim, de identificar estratégias e táticas locais e particulares de pessoas e grupos sociais, elementos constitutivos de uma sabedoria prática para que se possa tentar diminuir a distância entre os vários saberes existentes. Neste sentido, a referência a um saber local e uma sabedoria prática realça a necessidade permanente de contextualização dos saberes, que não podem se apresentar como verdades universais. Isto implica um olhar voltado para as experiências particulares, ainda que contenham elementos do geral e da socialidade.

Entende-se que os grupos sociais participam, interferem e modificam seu “campo de ação”, recriando a realidade a partir de caminhos, trajetórias e valores através dos quais se atribuem novos sentidos à saúde, ao adoecer e ao cuidado. Essas “práticas de saúde” podem nos indicar significados originados no campo da cultura atual, além de experiências que falem da história e da subjetividade desses sujeitos nas relações que estabelecem nos grupos sociais específicos.

Há, no entanto, uma relação de tempos e lógicas diferentes entre os sujeitos envolvidos nas práticas institucionalizadas e nas práticas da sociedade civil. Essas diferenças se refletem na compreensão do que sejam as necessidades priorizadas pela população e pelos profissionais de saúde – e portanto, o que entendem por cuidado – como também dificultam o desenvolvimento de uma proposta de atenção integral à saúde.

A universalização da atenção à saúde, proposta na Constituição Federal de 88, indica a integralidade como um de seus eixos estruturantes. São vários os sentidos dados ao princípio da integralidade, que se relacionam, de modo geral, à formas não-reducionistas e fragmentárias de realizar práticas voltadas à assistência à saúde, e à organização dos serviços. Pinheiro (2001) sintetiza integralidade como:

“(…) uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (Pinheiro, 2001, p. 64).

Parece-nos fundamental que as práticas formuladas e desenvolvidas pelos profissionais de saúde considerem sua “população-alvo” como sujeitos que sabem, pensam e sonham. Nesse sentido, Mattos ressalta:

“Há profissionais que, impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças. Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças,

e não portadores de desejos, aspirações, de sonhos. Há modos de organizar os serviços que tomam certas percepções de necessidades (percepções necessariamente subjetivas) como se fossem reais. Retificando suas próprias percepções, tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer estejam eles como pacientes, como usuários, quer como profissionais” (Mattos, 2001, p. 62).

Cuidar dos diversos grupos sociais que povoam as ruas e também os serviços de saúde como sujeitos que sabem, pensam e sonham é de outra forma dizer que temos que incorporar os vários saberes e maneiras de fazer nas nossas práticas profissionais cotidianas. Perceber os sentidos e valores voltados para a saúde e a doença dos principais sujeitos das ações públicas de saúde, ou seja, a população, é tarefa fundamental para que as ações ou propostas desenvolvidas, ainda que bem-intencionadas, não careçam de significado para as pessoas a quem deveriam atender.

Se pensarmos o cuidado como práticas individuais e coletivas, subjetivas e concretas, a serem construídas entre sujeitos em contextos diversos e que considerem as formas de sabedoria prática existentes, a idéia de integralidade torna-se eixo fundamental para organizar as práticas dos sujeitos, sobretudo no cotidiano dos serviços de saúde, e pode constituir-se de modo pleno, nas práticas relativas ao cuidado. Neste sentido, o cuidado seria entendido como expressão de práticas entre sujeitos, num processo permanentemente relacional.

Parece-nos, finalmente, que para desenvolver práticas de atenção integral à saúde faz-se necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pelo efetivo reconhecimento de uma *sabedoria prática*, e pela possibilidade de articulação entre esses saberes práticos e os saberes dos profissionais e planejadores do campo da saúde.

Foram identificadas aqui estratégias e táticas que expressam práticas voltadas para a saúde, doença e cuidado. Isto significa dizer que foram identificados saberes práticos, advindos de um conhecimento mesclado entre senso comum e ciência, e referidos aos sentidos, significados e valores das experiências cotidianas incorporadas.

#### 4. Considerações Finais

Buscou-se pensar o cuidado como práticas em situação e também a relação entre cuidado, sabedoria prática e integralidade, a partir de uma experiência empírica com um grupo social urbano no município do Rio de Janeiro.

A ênfase dada às práticas e experiências locais não implica desconsiderar os contextos social, histórico e político em que se inserem. Isso implica a necessidade

de pensar “práticas em situação” ou seja, refletir as práticas em relação aos contextos em que ocorrem.

Como pano de fundo para as práticas e saberes institucionalizados e populares, ressalta-se a relação entre os processos de mudanças globais e o lugar dos grupos sociais onde se apresentam os aspectos culturais e simbólicos e são explicitadas algumas das conseqüências desses processos. Ocorrem, portanto, inter-relações entre o global – ou seja, o espaço referido à sociedade, aos contextos – e o local – o espaço do indivíduo, de grupos e suas práticas de cuidado.

Conforme aponta Milton Santos, o território e o lugar tanto incorporam os processos de globalização, quanto produzem reações à “racionalidade hegemônica”. Ressalta:

“Nisso, o papel do lugar é determinante. Ele não é apenas um quadro de vida, mas um espaço vivido, isto é, de experiência sempre renovada, o que permite, ao mesmo tempo, a reavaliação das heranças e a indagação sobre o presente e o futuro. A existência *naquele* espaço exerce um papel revelador sobre o mundo”  
(Santos, 2001, p. 114).

Portanto, a construção de redes de cuidado deve considerar a possibilidade de uma articulação vigorosa e produtiva entre os lugares cotidianos e as práticas desenvolvidas nesses lugares, sejam estas relacionadas aos grupos e movimentos sociais, aos profissionais de saúde ou aos gestores locais de saúde.

Por fim, foram percebidos sentidos de cuidado de práticas populares voltadas para a saúde e a doença, diferentes dos usualmente percebidos pelos profissionais de saúde e também pelos planejadores e gestores da saúde. Ou seja, propôs-se o exercício de olhar o que parece tão simples e que em geral não é visto ou valorizado, na intenção de perceber práticas e não teorias. No entanto, as teorias são construídas também a partir das sínteses possíveis em sociedades determinadas, entre ações políticas, culturais e sociais. Parece-nos que o movimento entre teorias e experiências pode conduzir a um compartilhamento de saberes e, conseqüentemente, de poderes, como também a possibilidade de construção de novas formas de pensar e praticar o cuidado.

## Notas

<sup>1</sup> Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem (FENF/UERJ); membro da Comissão de Acompanhamento Curricular da Graduação da FENF/UERJ; vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ; pesquisadora do LAPPIS; integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”.

<sup>2</sup> Este artigo toma por base um estudo realizado no Alto Simão, localidade no bairro de Vila Isabel, no Rio de Janeiro, que foi campo de investigação de nossa tese de doutorado,

defendida em 2003. Naquele trabalho, através de entrevistas semi-estruturadas e observação etnográfica, foram analisados os sentidos e valores de práticas identificadas por esse segmento como voltadas para a saúde, para os processos de adoecimento e para o cuidado.

<sup>3</sup> De acordo com os levantamentos realizados pela equipe de saúde da família, ligada à Policlínica Piquet Carneiro (serviço de referência da área), que acompanha as famílias do Alto Simão desde 1997, moram no local cerca de 150 famílias, ou seja em torno de 800 pessoas. Dentre os serviços buscados pela população está o Hospital Universitário Pedro Ernesto.

<sup>4</sup> Além disso, é importante ressaltar que a localidade possui uma rede de relações com vários grupos e instituições, tais como igrejas, escolas de samba, a UERJ (através da Faculdade de Enfermagem e da equipe de Saúde da Família ligada à Policlínica Piquet Carneiro), o Conselho Distrital da área e também o narcotráfico.

## Referências

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 157-166.

\_\_\_\_\_. *Novos olhares sobre a saúde: sentidos e práticas populares*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

\_\_\_\_\_. *Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva*. São Paulo, 2002. Tese (Livre-docência) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão da terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1988.

\_\_\_\_\_. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1996.

CARVALHO, Y. *O mito da atividade física e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.

CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

\_\_\_\_\_. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GODBOUT, J. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

HERLIZCH, C. *Santé et maladie*. Paris: La Haye Mouton, 1983.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1983.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

\_\_\_\_\_. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICENO-LÉON; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. *Salud y su equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 25-39.

\_\_\_\_\_. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

MAFFESOLI, M. *O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de Massa*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAGNANI, J. G. C. *Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-64.

PINHEIRO, R. 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. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p.65-112.

SANTOS, B. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Afrontamento, 1995.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

VALLA V. Educação Popular e Saúde: a religiosidade popular como expressão do apoio social. In: VASCONCELLOS, H. S. R.; MARA, S. F. (Org.). *Simpósio Brasileiro de Educação Ambiental*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

\_\_\_\_\_. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: VALLA, V. V. (Org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

## **PARTE III**

### **Clínica, Gestão e Avaliação do Cuidado: aspectos conceituais, metodológicos e práticos**

# A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde

*CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO'*

## 1. Introdução

Ao desejar abordar como tema deste ensaio a velha, porém nem sempre boa, Clínica, procurei - devido ao ofício de médico clínico e professor de Medicina - tomar uma posição distanciada dela. Entretanto, como a tarefa pareceu impossível, procurei conciliar, evitando dissociações estéreis, pois estou falando de algo cotidiano, vivenciado, por vezes, com prazer; em outras, com certo sofrimento.

Um segundo movimento foi explicar o que chamamos de Clínica. Facilmente identificamos um sentido ontológico para a velha senhora. Entretanto, reconhecemos que ela vem assumindo vários sentidos, dados por médicos, pesquisadores ou gestores do campo da saúde - como os de prática médica hegemônica, modelo anátomo-clínico, biomedicina, algoritmos para diagnósticos e tratamentos, pronto-atendimento, ações paliativas, entre outras formas usadas a critério de quem e/ou por que se fala da Clínica. Contudo, a definição se torna mais simples e perene quando é o paciente quem fala. Para ele, a essência da Clínica se explica no cuidado ou na resposta ao sofrimento e às incertezas advindas de processos que limitam a capacidade de se caminhar nos projetos de vida.

O foco aqui dirigido à Clínica se limita a sua aplicação como saber e prática central na medicina<sup>2</sup>. Sendo assim, considero a Clínica na perspectiva de uma ação, inserida num contexto social e cultural que se instrumentaliza de um conjunto de ferramentas técnicas biomédicas - homogêneas e homogeneizantes - para procurar dar respostas singulares às necessidades e às demandas em saúde de pessoas que a ela recorrem. Para tanto, ela precisaria se configurar como um momento de interpretação, de percepção de signos e significados, em busca da criação de novas representações e novos significados terapêuticos para aqueles que estão sofrendo<sup>3</sup>.

Essa configuração ampliada da Clínica é vinculada à terapêutica e tem como

um dos seus referenciais o sentido construído por Canguilhem:

“(...) a clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada” (Canguilhem, 1982, p. 185).

No desenvolvimento deste ensaio, procurei fazer uma breve discussão sobre a perspectiva assumida para a Clínica no contexto de desenvolvimento do sistema de saúde, da medicina e do cuidado integral. A seguir, busco apontar e problematizar novos espaços e formas de intervenção para este saber e prática.

## **2. Cenários Assistenciais, Contextos e Transformações da Clínica**

O fato de que a Clínica é produto de um saber e uma prática contextualizada socioculturalmente - e, portanto, determinada e determinante de cenários e modos de operar a atenção à saúde - explica sua ascensão como uma questão-problema que vem sendo realçada no contexto da “crise da saúde<sup>4</sup>” e nas propostas de mudança desse campo.

Algumas críticas feitas ao setor saúde têm seu foco nos aspectos políticos e econômicos (por exemplo, o financiamento e a relação do Estado com as políticas públicas), enquanto outras enfatizam as dimensões sociais e culturais da saúde na sociedade (Luz, 1997). Por outro lado, surgem concepções que relativizam as dimensões mais gerais da determinação da saúde, enfatizando, por sua vez, o papel das estruturas e práticas constituintes dos modelos assistenciais (Mendes, 1996; Campos, 1994 e 2003).

Ao analisar a evolução do modelo médico hegemônico e a racionalidade biomédica que o fundamentou nos dois últimos séculos, Luz (1997) reconhece que o modelo evoluiu aceleradamente, reforçando seu modo de produção de conhecimento e de investigação. A autora afirma que as “ciências das doenças” vão bem, revolucionando-se constantemente, através da produção de ramos disciplinares da biociência. Entretanto, destaca que, no plano ético, a biomedicina tem produzido a perda ou deterioração da relação médico-paciente, devido à objetivação dos pacientes e à mercantilização das relações entre o médico e seu cliente. Este último, atualmente, é visto mais como um consumidor potencial de bens médicos do que um sujeito doente a ser, senão curado, ao menos aliviado em seu sofrimento, pelo cuidado médico. Seja qual for o enfoque da crítica ao setor saúde, ele tende a recair, em última análise, sobre o modelo de atenção e, particularmente, na resolutividade e efetividade de suas intervenções coletivas e individuais. Neste caso, a Clínica pode ser identificada como uma prática central

no modelo médico hegemônico, destinada a responder às demandas das pessoas que procuram pelos serviços de saúde.

No Brasil, a perspectiva de promover, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças no modelo assistencial e em suas práticas, tem levado à estruturação de novos serviços e espaços de intervenção na atenção à saúde, sobretudo com a implementação da estratégia Saúde da Família. As transformações propostas e implementadas incorporaram, em sua retórica, o apelo de dar lugar e novos significados à figura do sujeito e da intersubjetividade nas ações preventivas e/ou curativas realizadas pelos membros das equipes de PSF. Contudo, a incorporação desse sujeito ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção de suas necessidades em saúde (Favoreto, 2002).

Tais propostas de mudança têm trazido temas novos e relevantes para a agenda do campo da saúde, como o papel do cuidado em saúde e das relações das práticas profissionais na construção de uma atenção integral nos serviços de saúde.

Nesse contexto, a integralidade, mais do que uma temática ou um conceito, passa a assumir o papel de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas ações (Mattos, 2001). Por outro lado, a integralidade baliza esse olhar sobre a realidade, por estar, em essência, referenciada em princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania e suas prerrogativas, como a universalidade e equidade do acesso e da atenção, na política do Estado brasileiro para o setor - o SUS.

A integralidade, quando centra no sujeito (em suas necessidades, expectativas e demandas) o objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais, obriga a discutir questões que são transversais às ações de saúde, como efetividade, continuidade e terminalidade, e ainda dá relevo às relações entre os sujeitos envolvidos no projeto do cuidado. Conseqüentemente, abrem o cenário dos serviços e das práticas para o diálogo entre os diferentes saberes biomédicos e não-biomédicos.

Apesar de não existir consenso sobre a existência de uma mudança no paradigma assistencial no campo da saúde, novos cenários e papéis, como os da prática das equipes do PSF e dos médicos de família, têm propiciado o surgimento de novas questões e significados na relação entre o saber biomédico e uma abordagem mais ampliada do processo saúde-doença-cuidado. Entretanto, para que a prática clínica incorpore tal direcionamento - isto é, tenha como objeto e objetivo o cuidado integral e a autonomia das pessoas -, ainda são necessárias novas construções teóricas e técnicas a serem incorporadas pelo saber

clínico e legitimadas socialmente.

Grande parte das resistências para que a Clínica seja envolvida nessa perspectiva cuidadora está relacionada à trajetória da medicina nos últimos dois séculos. Em seu desenvolvimento nesse período, a medicina se afastou do sofrimento como objeto de ação, se legitimou centrando sua atenção na doença, na lesão (Rodrigues, 1980; Camargo Jr., 1997) e na incorporação e valorização de uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica, significando o que Merhy (1998) chama de medicina centrada no procedimento.

A racionalidade biomédica que subsidiou a trajetória da medicina tem sua ênfase num mecanicismo biológico. Promove um conhecimento fragmentado, especializado e reducionista do processo de adoecer, que se opõe às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade. Essas questões representam, para Camargo Jr. (2003), um obstáculo epistemológico da tecnobiociência em relação ao cuidado, já que sua maior eficácia é alcançada ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico.

A reprodução da biomedicina e de seu modo de operar a medicina conduz o processo de formação dos médicos, que não são educados para lidar, em sua atividade clínica, com a dimensão do sofrimento embutida nas manifestações dos processos de adoecer (Deveza, 1983; Castiel, 1999). Por sua vez, Bonet (1999, p. 126) compreende que os médicos, em sua prática biomédica, convivem com uma “tensão estruturante” entre o material e o espiritual, o profissional e o humano, e o saber e o sentir. Para Castiel (1999), haveria um ceticismo por parte desses praticantes da biomedicina que tendem a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade. Ou então tentam controlá-los, tal como ela está dimensionada no interior desse campo, como efeitos psicofisiológicos ou placebo.

A dimensão do sofrimento está, inerentemente, presente no cotidiano da atenção prestada pelos médicos, obrigando que a intervenção clínica conviva numa dualidade entre uma face “ciência” - que busca relações estáveis entre eventos que podem ser generalizados mediante leis invariantes e que têm como premissa a precisão e a replicabilidade - e a outra, a face “sabedoria prática”, que constitui um meio de operar no mundo, trazendo implicada consigo a questão de compreender o melhor modo de agir em situações particulares que não são (nem podem ser) apropriadamente expressas em leis gerais (Hunter, 1996).

Sobre a face “científica” da prática médica, Camargo Jr. (1997, 2003) argumenta que ela recorre, com intensa flexibilidade, ao seu arsenal teórico, muitas vezes prosseguindo sem teoria nenhuma, sem que isto represente, necessariamente,

uma desqualificação da atividade profissional.

A flexibilidade na relação do saber clínico com os conteúdos das biociências - que podem parecer eventuais rupturas epistemológicas ocorridas no curso das bases teórico-conceituais da medicina - não implicam abandono do saber “velho”. Este ainda é, predominantemente, representado pelo conjunto de racionalidades fundadas no mecanicismo e na causalidade linear, oriundos da física clássica, e na concepção positivista em relação às escolhas teóricas e práticas que estruturam a face científica da Biomedicina (Camargo Jr., 2003; Rodrigues, 1999).

A ideologia da verdade científica, como exposta por Foucault (1980), foi extremamente bem-sucedida no desenvolvimento e na legitimação política, social e cultural do projeto técnico-científico da medicina. Essa “verdade”, fruto do contexto da ciência moderna, introjetou, de modo subliminar, no imaginário e nas práticas dos médicos, a dicotomia entre ciência e arte, e entre a subjetividade do adoecer e as lesões e doenças visíveis e diagnosticáveis.

Para Boaventura de Souza Santos (2000), a afirmação da racionalidade científica moderna se fez através de uma ruptura epistemológica inicial<sup>6</sup>, que diz respeito à ruptura com o senso comum. Neste sentido, a ciência moderna despreza uma visão de mundo assentada na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade individual. Para Santos (2000), esse movimento significou grandes perdas, pois não reconheceu a riqueza e a necessidade da dimensão do senso comum na construção dos saberes e práticas sociais:

“[o senso comum] é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social (...); desconfia da opacidade dos objetos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência lingüística; é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas; por fim, é retórico e metafórico; não ensina, persuade” (Santos, 2000, p. 40).

Apontando para a evolução de uma “dupla ruptura epistemológica”, Santos (2000) indica uma nova relação entre a ciência e o senso comum, que implicaria que os discursos da ciência e do senso comum se falem, se tornem comensuráveis e, nessa medida, atenuem o desnivelamento que os separa. Na relação entre ciência e senso comum, seria estruturado e legitimado um saber prático, como forma de conhecimento que, sendo prático, não deixa de ser esclarecido. Logo, a nova configuração do saber é

“o desejo da garantia de que o desenvolvimento tecnológico contribua para o aprofundamento da competência cognitiva e comunicativa e, assim, se transforme em um saber prático e nos ajude a dar sentido e autenticidade a nossa existência”

(Santos, 2000, p. 42).

O modo como o imaginário da racionalidade moderna se desenvolveu na medicina dita científica tem sido uma barreira que limita a valorização do saber prático, assim como sua integração com outros conhecimentos e saberes não-biomédicos (porém ligados ao homem, seu espaço e seu sofrimento).

Por outro lado, existem as críticas que Herzlich (1984) faz às visões da biomedicina, que desnaturalizam a doença e dão uma perspectiva profundamente relativista da medicina. A autora argumenta que as concepções relativistas tratam a medicina apenas como simples resposta simbólica ou como pura ideologia, sem referência à positividade do seu saber ou à eficácia de sua prática. Essas visões seriam carregadas de uma crítica cultural e impediriam, segundo a autora, o entendimento do funcionamento e a análise da eficácia das intervenções da medicina.

Quando se questionam as limitações da ciência que dá suporte à clínica, não há pretensão de substituí-la por um novo saber universal ou por modelos interpretativos rígidos. A idéia não é encontrar um novo saber que também conduza ao mesmo caráter de “verdade absoluta”, característico da ciência moderna, em que compreensões gerais e determinações universais respondam sobre os diferentes e incontrolláveis aspectos do sofrer e do existir. Esta parece ter sido a tendência de propostas teórico-conceituais, como Medicina Psicossomática e o Modelo Biopsicossocial<sup>7</sup>, de George Engel.

Aparentemente, nos novos cenários, nos processos de organização ou entre os profissionais envolvidos nas práticas em saúde no âmbito dos modelos assistenciais do SUS - como é o caso do PSF, da medicina de família ou dos programas de saúde que integram as dimensões biopsicossociais em seus arranjos operacionais - vêm sendo construídos novos modos de agir e de interagir com a prática, uma nova relação com o objeto da atenção (o sujeito) e não exclusivamente com a doença ou as lesões. Este seria um processo empírico que não teria uma lei geral determinante, mas uma sensibilização, uma postura e um conjunto de habilidades que proporcionam novas sínteses e práticas mais apropriadas a responder às necessidades dos sujeitos em suas diferentes dimensões e construções culturais e conjunturais<sup>8</sup>.

Por fim, é possível identificar que, mesmo ocorrendo em intensidades e formas diversas, a mudança na relação da prática com a tecnobiociência configura, invariavelmente, novos discursos e estilos de pensamento médico e social no âmbito da prática clínica.

Neste trabalho, a construção da Clínica de forma ampliada ou da Clínica do

Sujeito (Campos, 2003) é compreendida como produto da relação entre a tecnobiociência e o saber prático, que requer a emergência de novos saberes e/ou a ressignificação dos antigos. No processo de redirecionamento da Clínica, parece pertinente a realização de um esforço analítico de suas práticas, buscando-se identificar e contextualizar unidades de ação e/ou modelos exemplares que possam servir de vetores dialógicos e reflexivos no processo de mudança.

Alguns aspectos desta análise serão desenvolvidos a seguir, em particular aqueles referidos à construção da narrativa das pessoas que procuram a atenção médica e dos profissionais que as acolhem. Ao realizar esse exercício analítico, deve-se procurar tanto contemplar os aspectos pragmáticos e objetivos do ofício em que a Clínica se constitui, como evitar os riscos de cair em perspectivas reducionistas.

### 3. Abrindo Novos Espaços de Intervenção e Relação na Clínica

O modo escolhido para caminhar na redução analítica supracitada será baseado no resgate do caso clínico, abordando suas implicações e reflexões a partir das quais se busca identificar as limitações de modelos biomédicos fechados e as perspectivas de uma ação mais dialógica na Clínica.

No modelo tradicional, a unidade de uma ação clínica é fundada numa perspectiva instrumental, isto é, num conjunto de conhecimentos, meios de comunicação, artefatos e intervenções voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cujos resultados esperados são a reversão ou controle das lesões existentes ou passíveis de prevenção. O produto dessa ação instrumental da prática é uma Clínica de algoritmos explicativos e operativos, como por exemplo: *queixa* - dor precordial; *diagnóstico* - angina pectoris; *intervenção possível* - reperfusão miocárdica e/ou melhora da relação oferta/demanda de oxigênio no músculo cardíaco; *resultado esperado* - diminuir a mortalidade por IAM.

Se for tomada essa ação instrumental como unidade/modelo da ação na Clínica, abstrai-se o sujeito que sofre e se trabalha com modelos hipotéticos e fechados, nos quais *problema*, *ação* e *produto* possam ser teoricamente previsíveis e quantificáveis.

No caso a seguir, pode ser percebido como esse modo de operar a Clínica tem grandes limitações de perceber as necessidades e representações do adoecer e, conseqüentemente, como suas intervenções perdem o significado.

“D. Judith é uma senhora de 54 anos. Procurou a porta de entrada de um hospital público universitário para realizar uma cineangiogramia (CAT), indicada por sua médica particular (cardiologista). Eram nítidas sua inquietação e angústia,

pois trazia na bagagem várias negativas de outros serviços do SUS em atender sua demanda. Entretanto, aceitou a norma (uma exigência burocrática do hospital) de realizar uma consulta médica que reavaliasse a indicação do exame. Durante o atendimento permanecia arredia, mas foi possível identificar alguns dados. D. Judith dizia ter uma ‘vida normal’, era viúva e morava sozinha, referia boa condição socioeconômica, ajudava no caixa do mercado de propriedade de seu filho e ele a ajudava muito, financeira e afetivamente. Portanto, suas relações familiares e sua saúde eram consideradas por ela como ‘boas’; nunca havia fumado ou bebido, não tinha história de doença cardiovascular na família, exceto pelo marido, que havia falecido por infarto do miocárdio”.

Nesse momento da consulta, o médico perguntou a D. Judith quando ela havia começado a ter “problemas de coração”. Ela respondeu que há três meses não mais conseguia trabalhar, pois durante as viagens de ônibus “passava mal”. Travou-se então o seguinte diálogo:

“Médico: Mas o que foi ‘passar mal’ para a senhora?

D. Judith: Ah, eu comecei a sentir uma aflição no peito, meu coração batia forte, eu ficava suando e tendo que sair rápido do ônibus.

Médico: E o que acontecia em seguida?

D. Judith: Eu ligava para o meu filho e ele vinha me pegar, me levava para o pronto-socorro, me davam uns remédios e eu voltava para casa.

Médico: Este mal-estar aconteceu apenas uma vez ou não?

D. Judith: É claro que não! [silêncio] Toda vez que eu pegava o ônibus e, outras vezes, em casa, à noite, quando estava vendo TV. Por causa disso quase não durmo e perdi o apetite.

Médico: Foi por causa desse problema que a senhora foi a cardiologista?

D. Judith: “É! [apesar de ainda um pouco aborrecida começava a valorizar a entrevista]. Eu fiz vários exames do coração que não deram nada. Perdi 10 kg, tem gente achando que estou até com uma doença ruim [silêncio], parei de comer tudo que gosto para abaixar meu colesterol. A minha cardiologista pediu esse exame [CAT], só que eu não posso pagar. Além do mais, não tenho podido ajudar meu filho na loja e não quero lhe pedir mais dinheiro, ele já gastou muito com essa doença.

Médico: Desde quando a senhora tem o colesterol alto?

D. Judith: Desde que eu fui fazer um preventivo ginecológico e eu pedi um *check up* para minha ginecologista. Quando fui pegar os resultados ela disse que eu iria morrer por causa do colesterol, que eu ia ter um infarto a qualquer hora se eu não fizesse muita dieta para controlá-lo.

Médico: As crises começaram depois dessa consulta?

D. Judith: Na mesma semana. [começou a chorar]”.

Os exames de estratificação de doença cardiovascular até então realizados não tinham evidenciado nenhuma lesão. O médico do hospital não considerou que os sintomas relatados guardassem relação com doença arterial coronariana; contra-indicou o exame de cateterismo cardíaco, passou a tranquilizá-la e a tentar desconstruir, com a paciente, seu medo em relação ao infarto e ao que representava

o colesterol estar elevado como risco de adoecer. O profissional orientou D. Judith que pedisse a alguém para lhe fazer companhia, durante a noite, por umas semanas, até que se sentisse mais segura. Ao retornar à consulta (um mês após), a paciente relatou que as crises tinham abrandado e que estava conseguindo dormir à noite, mas que ainda não conseguia ir ao trabalho; além disso, o resultado do exame de colesterol feito no hospital estava normal.

Nesse caso surgiram várias questões, sobretudo como a demanda da paciente pelo exame não correspondia a sua necessidade de cuidado. Sua necessidade estava relacionada ao medo de morrer de infarto, fruto da representação e da narrativa criadas a partir da interpretação do resultado do exame do colesterol. A narrativa traduzia o modo que a paciente mobilizou para integrar cognitivamente e afetivamente as informações e o modo como as recebeu da ginecologista, as experiências de doença vividas anteriormente e, provavelmente, por morar e andar sozinha, tinha medo de passar mal e não ter ninguém para socorrê-la em casa ou no ônibus.

Enquanto a médica cardiologista (zelosamente) procurava uma doença cardiovascular que explicasse os sintomas, deixava de considerar o contexto e a forma como os sintomas surgiram e sua relação com o medo. Como a profissional não escutava e reconhecia a angústia e a ansiedade da paciente (que chegaram, inclusive, a lhe causar manifestações corporais), deixava de perceber e interpretar os fatores que, efetivamente, faziam D. Judith sofrer.

A paciente assumiu o discurso da doença e das demandas que ela produziu. Entretanto, ela demonstrava, indireta e subliminarmente, sua perplexidade e fragilidade perante a situação. Sua inquietude, seus silêncios, sua ênfase no colesterol e nos impactos negativos que o fato produziu na sua vida e em suas relações familiares e profissionais são elementos de sua narrativa que passam a constituir outra estrutura cognitiva e afetiva. A forma que a narrativa assumiu no decorrer do processo de adoecimento se superpôs e se integrou ao medo inicial, dando novas dimensões a seu sofrimento e necessidades de atenção.

A ação instrumental da clínica poderia existir sem o outro lado, sem o medo incorporado pela situação de adoecimento, sem as variações em relação às percepções de dor, ou com as dores sem a comprovação das lesões - isto é, sem a imponderabilidade do outro, para quem a ação está dirigida?

Como alternativa à clínica tradicional ou oficial, Campos (2003) propõe a clínica do sujeito, que buscaria superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biológico. O autor argumenta que esse modo de operar a clínica funcionaria com projetos terapêuticos amplos, que explicitem os objetivos e

técnicas da ação profissional, com papel ativo do sujeito, tendo como eixo a reconstituição de vínculos entre o clínico de referência e sua clientela.

A reflexão sinaliza para a promoção de uma clínica dirigida a reconhecer e atuar sobre as necessidades de sujeitos que buscam o cuidado. Ela se construiria a partir da prática, isto é, na reflexão sobre os encontros e as conversas (Teixeira, 2003). Portanto, a clínica passa a ser entendida como um campo onde as práticas e saberes biomédicos e não-biomédicos interagem, são refletidos e retornam para os cuidadores e cuidados, de modo a promover novas sínteses e modos de atuar em saúde.

Investir numa perspectiva dialógica na clínica significa buscar uma relação menos assimétrica entre o médico e o cliente. Essa aproximação é, inicialmente, obstaculizada pela distância entre os atores, constituída a partir das posições do poder ocupado pelo médico e de fragilidade do paciente. Esse poder, que se apoiou e legitimou historicamente na tríade medicina-ciência-poder (Camargo, 1997), estabeleceu um modo específico do médico para olhar o mundo e se expressar, usando uma linguagem própria e codificada por esse saber.

O distanciamento do médico em sua relação com o cliente determina pouco espaço - talvez pouca necessidade - para que ele assuma a existência de outro sujeito. Para o ato clínico no modelo biomédico tradicional, bastaria explorar, na relação com o paciente, os elementos definidores do diagnóstico e do tratamento das lesões. Conseqüentemente, predominaria nessa forma de intervenção uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro.

A forma de comunicação tradicional é objetiva e objetivante; nela estão ausentes os pressupostos para o estabelecimento da conversa, visto que é desconsiderado ou ignorado que o outro também possui um saber, uma compreensão e uma representação sobre seu corpo e seu adoecer e/ou uma expectativa sobre o cuidado de que precisa. Portanto, o diálogo fica bloqueado pelo desconhecimento e/ou desvalorização da importância de uma sabedoria prática do paciente sobre o processo saúde-doença-cuidado, construída a partir de suas vivências. No entanto, ele mesmo o reconhece como insuficiente para responder às suas necessidades de sofrimento, de preservação da vida e de restabelecimento de novas formas de viver.

A mudança da clínica compreende tanto as transformações dos cenários, da organização dos processos de trabalho, do papel social e das posturas ideológicas ocupadas pelo médico ou da integração de novos saberes e atores à prática, como o desenvolvimento de elementos da sabedoria prática do

médico. Esses elementos não são inatos ou simplesmente frutos de um profano e desvalorizado “bom senso”; consistem na estruturação de outra atitude que compreenda e valorize:

- a fala e a escuta dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde, o que pressupõe que o limiar entre a saúde e a doença seja singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico, conforme sinalizam Coelho e Almeida Filho (1999);
- a noção de autonomia das pessoas no processo saúde-doença-cuidado. A autonomia na relação médico-paciente implicaria reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos entre eles (Soares, 2001);
- a dimensão terapêutica da relação médico-paciente, compreendida como um ritual, no qual são construídos símbolos que, independentemente de operarem resultados de cura, possuem outros tipos de mudanças que podem ocorrer no nível da psicologia individual e da vida social dos pacientes.

No universo dos encontros clínico-terapêuticos, a sabedoria prática dos médicos, envolvida pela ideologia do cuidado, buscaria integrar e ressignificar, nas suas práticas, elementos semiológicos como:

- a escuta capaz de contextualizar as “estórias” de vida das pessoas;
- o silêncio receptivo capaz de traduzir a acolhida sem preconceitos com aqueles que buscam atenção;
- o toque que não apenas escrutina o interior dos corpos mas que oferece materialidade e humanidade à relação que se estabelece entre duas pessoas;
- as posturas corporais e um discurso que incorporem a ética, através de uma relação mais equidistante entre aquele que cuida e quem é cuidado.

No sentido de redirecionar o papel da clínica, torna-se central a valorização e instrumentalização da narrativa, como ferramenta que possibilita a exposição do sujeito, de modo mais claro e concreto, em suas necessidades, além de suas demandas. O reconhecimento da narrativa como instrumento da clínica facilitaria a conversa na relação médico-usuário e, conseqüentemente, a maior adequação e efetividade das intervenções terapêuticas (Castiel, 1999; Greenhalgh e Hurwitz, 1999; Shapiro e Ross, 2002; Haidet e Paterniti, 2003).

As unidades referenciais da clínica devem ser as necessidades das pessoas que recorrem à atenção médica. Logo, é importante que sejamos capazes de perceber e valorizar tais necessidades, contextualizá-las em tempo, espaço, nas representações de seus sintomas ou das doenças às quais essas pessoas estão expostas ou que temem, experiências assistenciais vividas e a cultura biomédica que assimilaram pelos vários meios de informação ou formação presentes na sociedade.

A narrativa que as pessoas constroem e trazem para o encontro clínico é uma forma de expressar as necessidades sentidas e valorizadas em seu cotidiano. Essa narrativa pode ser percebida e entendida de vários modos. A maneira mais usual, na clínica tradicional, de perceber e responder à narrativa, seria considerá-la um produto objetivo e fechado, um retrato das demandas (sintomas e sinais) declaradas.

Para compreender esse quadro, bastam perguntas diretas, cujas respostas esperadas são monossilábicas (“sim” ou “não”). Assim, a entrevista se assemelha a um questionário cujo roteiro foi previamente estruturado, não importando o significado das perguntas ou das respostas, sendo que estas devem corresponder a dados passíveis de quantificação. Os resultados da entrevista são interpretados como produtos homogêneos e mensuráveis por meio de *scores* ou classificações diagnósticas. Neste caso, o processo interpretativo é linear (no estilo causa-efeito ou queixa/diagnóstico/condução), que induz a aferição de existência ou não de doença.

A prática da clínica tradicional pode vir associada, ou não, a intervenções preventivas, que representam um conjunto de necessidades percebidas e restritas ao saber biomédico e epidemiológico (anátomo-clínico-epidemiológico) - também envolvidas na lógica de identificar e estratificar doença ou riscos de adoecer. Outra forma de lidar com as narrativas seria acolhê-las, escutá-las e interrogá-las, buscando perceber seu contexto e seus constituintes, que, por vezes, compreendem aspectos pouco claros ou subliminares na exposição das demandas.

Como aspectos contextuais da narrativa, poderíamos problematizar as seguintes questões: quando e por que um “mal-estar” ou uma doença preexistente passou a ser considerado um problema ou uma demanda por atenção; qual a trajetória percorrida por uma pessoa para resolver uma situação-problema, ou seja, como buscou o cuidado ou que recursos próprios ou externos empregou; como foi acompanhada em sua busca pelo cuidado; quais os impactos que determinadas situações de adoecimento produziram no cotidiano dessas pessoas, nas suas relações familiares, sociais e econômicas?

Os elementos constituintes das narrativas (a cor, o foco e as nuances do retrato/situação) são expressos e precisam ser percebidos, na maioria das vezes, de maneira indireta - na comunicação não-verbal; na ênfase dada a alguns aspectos do processo de adoecimento, em detrimento de outros; no desenvolvimento dos fatos relacionados à trajetória de vida que situam temporalmente a narrativa (isto é, na sua historicidade), na forma da comunicação verbal (na entonação da voz, nas pausas e silêncios); nas analogias usadas para descrever seus sintomas; na utilização da cultura médica (seus termos e ameaças); ou nas representações sociais que estão implícitas em seu discurso<sup>9</sup>.

A narrativa, assim compreendida, estaria integrada à clínica não só como uma ferramenta diagnóstica, mas como um elemento terapêutico e de resgate da autonomia do paciente frente a seu adoecer. A narrativa pode, portanto, contribuir na direção terapêutica, por aproximar o saber técnico do popular ou o senso comum da ciência; por sua capacidade de dar um significado histórico à doença e ao sofrimento, ao expor as representações e os desejos não explícitos de quem procura o cuidado. As narrativas das pessoas, ao serem explicitadas e acolhidas, podem contribuir para a reflexibilidade de seu próprio processo de adoecer e, conseqüentemente, permitir que os sujeitos envolvidos no cuidado reestruturem novas formas e normas de vida, saúde e prazer.

A encerrar este texto, cabe dizer que os elementos dialógicos da clínica ainda precisam ser mais bem explorados, identificados, operados e legitimados nos modelos assistenciais e nas práticas em saúde. Entretanto, a presença ou a meta de alcançá-los podem produzir novos referenciais para a estruturação da atenção à saúde (Favoreto e Camargo Jr., 2002). Ainda são grandes as dificuldades para avançar nesse enfoque ampliado da clínica. Mesmo em cenários e arranjos assistenciais mais amigáveis, como a medicina de família ou o Programa de Saúde da Família, seus elementos ainda são obstaculizados por impasses epistemológicos, como o produzido pela biomedicina ou por propostas de dimensão totalizante e holística, que se transformam em soluções inatingíveis e pouco relacionais com o cotidiano, a cultura popular e a ideologia médica.

## Notas

- <sup>1</sup> Professor assistente de Medicina Integral, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; doutorando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS-UERJ; pesquisador associado do LAPPIS.
- <sup>2</sup> Esse foco não significa a inexistência de outras práticas, realizadas por outros profissionais de saúde, que também podem ser compreendidas como uma prática clínica. As várias formas de exercer a clínica foram muito bem explicitadas e argumentadas por Merhy, que afirma: “todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo este o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas” (Merhy, 1998, p. 107).
- <sup>3</sup> Corroborando essa perspectiva, ver Campos (2003) e Camargo Jr. (2003).
- <sup>4</sup> Hoje, quase como um lugar-comum, fala-se e escreve-se sobre a “crise da saúde”. Esse quadro de falência vem sendo apontado, rotineiramente, nos documentos de organismos internacionais (OMS, OECD, Banco Mundial, entre outros), em análises teóricas do campo da saúde pública, nas manifestações de entidades governamentais, assim como na imprensa (Mendes, 1996; World Bank, 1987).

- <sup>5</sup> A prática clínica aqui referida foi bem definida e explicada por Campos (2003) como uma clínica tradicional.
- <sup>6</sup> O autor refere como marco da ruptura epistemológica os conceitos de Bachelard, quando este promove uma crucial ruptura com o senso comum, propondo a imposição da racionalidade sobre a irracionalidade. Deste modo, Bachelard entendia que era necessário romper com o senso comum para que se encontrasse o conhecimento científico, racional e válido (Santos, 2000).
- <sup>7</sup> Sobre o modelo biopsicossocial, Camargo Jr. (1997) questiona a pretensa totalidade, usualmente expressa, no termo “biopsicossocial”, que se propõe a traduzir a totalidade do homem, como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Acrescenta-se o fato de que os termos “psico” e “social” não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico.
- <sup>8</sup> Para melhor entender a disposição dos elementos biopsicossociais na organização do cuidado no PSF, ver Favoreto (2002).
- <sup>9</sup> Sobre as representações sociais do processo saúde-doença, ver Boltanski (1984).

## Referências

- BOLTANSKY, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BONET, O. Saber e sentir. Uma estratégia da aprendizagem em biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.
- CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 35-41.
- \_\_\_\_\_. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidea*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*, São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CASTIEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contracapa, 1999.
- COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.
- DEVEZA, M. *Saúde para todos no ano 2000*. 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, 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.
- FAVORETO, C. A. O. *Saúde da família: do discurso e das práticas*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

- FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento e del coletivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Narrative-based medicine in a evidence based world. *British Medical Journal*, v. 318, n. 30, p. 323-325, 1999.
- HAIDET, P.; PATERNITI, D. A. "Building" a history rather than "taking" one A perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*, v. 163, p. 1.134-1.140, May 26, 2003.
- HERZLICH, C. *Medicine moderne et quête de sens: la maladie significant social*. In: HERZLICH, C.; AUGÉ, P. (Org.). *Le sens du mal: anthropologie. Histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Archives Contemporaines, 1984.
- HUNTER, K. "Don't think zebras": uncertainty, interpretation, and the place of paradox in clinical education. *Theoretical Medicine*, v. 17, p. 225-41, 1996.
- LUZ, M. T. Novas realidades em saúde, Novos objetos em ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 79-85.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- MEHRY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- RODRIGUES, R. D. *A crise da medicina: prática e saber*. 1980. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1980.
- RODRIGUES, R. D. *Hospital universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS*. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.
- SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- SHAPIRO, J.; ROSS, V. Applications of narrative theory and therapy to the practice of family medicine. *Fam Med*, v. 34, n. 2, p. 96-100, 2002.
- SOARES, J. C. R. S. *A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.
- TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p. 89-112.
- WORLD BANK. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank, 1987.



# O Cuidado em Saúde Mental

DOMINGOS SÁVIO ALVES<sup>1</sup>

ANA PAULA GULJOR<sup>2</sup>

Na maioria dos países ocidentais, incluindo o Brasil, a assistência psiquiátrica tornou-se um complexo problema de saúde pública, só questionado a partir de meados do século XX. Tal fato se deveu não apenas às distorções em seu modelo assistencial e organização de serviços, mas sobretudo às premissas constitutivas da psiquiatria – ou melhor, os conceitos que a fundamentaram. Sendo assim, antes de entrarmos na questão da natureza do cuidado, é preciso fazer algumas considerações.

## 1. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica

É importante destacar que esta discussão não é o objetivo do artigo. Entretanto, ela é fundamental para contextualizar a origem de um tratamento que hoje buscamos transformar, ressignificando-o como cuidado. Apontaremos algumas das principais premissas balizadoras da constituição do modelo assistencial tradicional em saúde mental. A principal delas é a que fundou o hospício, no século XVIII: “é preciso isolar para conhecer, conhecer para intervir” – ou seja, esse paradigma apontava o isolamento como um instrumento do tratamento.

O tratamento moral preconizado por Pinel embasava-se na concepção de que a loucura era um distúrbio da razão. Desta forma, a loucura era denominada alienação mental, e segundo este, suas origens seriam os vícios, a vida desregrada e a ociosidade. A correção destes permitiria o acesso à razão e à cura da alienação mental. De acordo com Castel (1991), a articulação de dimensões heterogêneas do alienismo – classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico da doença mental e a relação de poder entre médico e paciente foram o principal mérito de Pinel.

O tratamento moral sustentava-se em três premissas básicas, que tornavam exequíveis as dimensões supracitadas: o isolamento do mundo externo; a organização do espaço asilar e manutenção de sua disciplina; e a submissão à autoridade.

A concepção de que a loucura era produto de relacionamentos promíscuos, paixões, vícios e outros desregramentos da vida mundana era outra justificativa para o isolamento. O sujeito, em sua fragilidade, não conseguia resistir a esses “prazeres”, sendo necessário, para a cura, um afastamento completo do meio onde vivia. Esse método passou a ser considerado natural, pois era inerente à natureza da doença. O paradigma da internação inicia seu reinado com respaldo da ciência.

A organização do espaço asilar também deveria ser contemplada como forma de potencializar a cura. Sua organização implicava uma distribuição metódica dos insanos, a partir de seu quadro. Os furiosos, as loucas incuráveis, os mais tranquilos... As subdivisões seriam tantas quantas fossem as grandes síndromes comportamentais classificadas. Essa racionalidade é determinante na constituição da loucura enquanto doença.

O ordenamento desse espaço pressupunha a viabilidade da disciplina entre seus internos. Regras não mutáveis regiam a ocupação do tempo, a articulação dos lugares, o trabalho, enfim, tudo o que envolvia o cotidiano do doente. Desta forma, havia necessidade de manter a vigilância ininterrupta visando à autodisciplina. A estrutura arquitetônica também fazia parte desse ordenamento. O panóptico<sup>3</sup> foi adotado como estratégia, já que permitia a observação contínua de todos os espaços. Além do controle externo, fomentava a internalização da sensação de estar sendo observado ininterruptamente, obrigando os internos a uma autovigilância de suas condutas.

A terceira premissa advinha da relação de autoridade que deveria ser estabelecida como forma de permitir o resgate da razão. A relação terapêutica se estabelecia a partir da relação de soberania entre médico e doente. Um de seus aspectos era a fidelidade absoluta, que ultrapassava os limites de uma compreensão da necessidade de mudança do comportamento para ser instrumento de imposição de uma vontade racional externa (Castel, 1991, p. 85-89).

O modelo de assistência centrado no asilo permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento em psiquiatria. Apesar de ter sofrido inúmeras críticas, nenhuma questionava sua existência ou seu valor terapêutico. As colônias agrícolas foram uma vertente do mesmo pressuposto, com o diferencial de incluir o fator trabalho em um local bucólico, considerado um método mais eficaz na cura da enfermidade. Esse modelo, ainda hoje predominante, foi fortemente hegemônico até o início da década de 90 no Brasil. Pautado nas premissas acima, gerava um tipo de hierarquia de atendimento que teve como conseqüência a criação de um parque manicomial de grandes proporções.

Como forma de organizar a discussão, optamos por denominar esse modelo hegemônico como modelo assistencial tradicional, nele incluindo os dispositivos de assistência ambulatorial pautados exclusivamente nas consultas médicas e psicológicas, cujo respaldo teórico é o paradigma racionalista problema-solução, sendo o objeto do cuidado a “doença mental”.

Outro aspecto que sempre caracterizou a psiquiatria tradicional e ainda marca fortemente alguns serviços é o cuidado organizado com base no conceito de intensidade. Para problemas de intensidade mínima, o ambulatório; problemas de intensidade média, o hospital-dia ou outro tipo de dispositivo com a característica de assistência diária; e os problemas de grande intensidade, inevitavelmente, o hospital psiquiátrico.

Esse modelo privilegia o chamado “encaminhamento”, que tem sua caricatura no sistema de referência e contra-referência burocrática, e que gerou o que poderíamos chamar de “uma assistência partida”. Como exemplo mais marcante, ainda hoje observamos, num mesmo hospital, quando um paciente assistido regularmente no ambulatório atravessa um período de crise, ao ser internado na enfermaria, passa a ser responsabilidade de outra equipe<sup>2</sup>.

As referências com seu grupo de assistência inicial são rompidas e muitas vezes sequer se estabelece interlocução entre este e a equipe da enfermaria. Sendo assim, como refere Campos (2001), no momento de maior fragilidade do sujeito, este é destituído de seus vínculos e referências, sendo submetido a um espaço desconhecido, povoado por desconhecidos que pouco ou nada sabem de sua história. A mesma autora destaca (Campos, 2001, p. 105):

“Desta forma, a possibilidade de se produzir da crise uma outra coisa fica prejudicada. No melhor dos casos, se o usuário consegue, no episódio da internação, de alguma maneira se ligar a alguém da equipe de internação, logo ele será submetido a uma nova perda”.

Não é o mesmo terapeuta, não é o mesmo grupo de pessoas que acompanha a construção de seus *projetos de vida*. Percebe-se nessa situação uma ruptura com a possibilidade do vínculo, em seu sentido perene, o qual permite a mediação estruturante do sujeito cindido pelo evento catastrófico do sofrimento psíquico com o mundo externo.

Cabe destacar que essa crítica à hierarquização na saúde mental não se contrapõe ao princípio de hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a ruptura com o paradigma tradicional desloca o objeto do cuidado da doença para o sujeito em sofrimento. Desta forma, o dispositivo de cuidado deve ser o mais potente possível, no sentido de ser capaz de acolher as demandas do sujeito e colocar-se enquanto mediador de sua resolução. Concordamos com Cecílio (*apud* Ferla e colaboradores, 2002, p. 19), quando afirma que

“a necessidade de outros conceitos para planejar a atenção integral à saúde, fugindo do recorte tecnocrático de ações por nível de complexidade (entendida como sofisticação tecnológica), utilizado para a construção de modelos prescritivos e normativos, tem sido identificada por diversos autores. (...) as necessidades de saúde, tal como são percebidas pela população, são extremamente dinâmicas e complexas e requerem dispositivos também dinâmicos e flexíveis para a escuta, tradução e atuação dos serviços”.

Em contraposição ao modelo cuja hierarquização colocou o hospital como centro do cuidado aos doentes mentais graves (hospitalocêntrico), a “simplificação” adotada na década de 60 também resultou numa vertente assistencial do mesmo modo nefasta.

O preventivismo surgia incorporando noções, além dos conceitos médicos, os da sociologia e da psicologia behaviorista. Constituiu-se permeado por um imaginário em que a doença mental pode ser prevenida – existem indivíduos suspeitos que podem ser detectados precocemente. No bojo dessa concepção, estava a possibilidade de resolução dos desvios sociais através de uma ação preventiva (Amarante, 1995).

A experiência foi adotada como política oficial americana em 1963, tendo como marco fundamental o discurso do Presidente Kennedy no Congresso Americano, após censo realizado em 1955, o qual explicitava as péssimas condições da assistência psiquiátrica nos EUA, embasada nos conceitos de Gerald Caplan.

Esse autor publicou, em 1962, o livro *Os princípios da psiquiatria preventiva*, no qual descrevia os conceitos utilizados como fundamentos teóricos da Psiquiatria Preventiva. A hierarquização da assistência com ações dos profissionais de saúde mental nos três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e os conceitos de prevenção, risco e população de risco são alguns dos pilares dessa experiência. Preconizava um atendimento não restrito ao doente mental, defendendo que a atenção deveria perpassar as instituições de convívio (escola, asilo, centro de trabalho) com vistas a transformar os fatores de risco existentes nesses locais, prevenindo o desencadeamento do distúrbio mental. O hospital psiquiátrico não seria mais necessário, pois a intervenção primária impediria o desenvolvimento da doença. De acordo com Amarante (1995, p. 41), a experiência se propunha:

“(…) como ‘alternativa’ ao modelo clássico, pois possuía um novo objeto: a saúde mental; um novo objetivo: a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento: a coletividade; um novo agente profissional: as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento: a comunidade (...)”.

Nesta perspectiva, segundo Birman e Costa (1994), a estrutura de organização da atenção preconizava uma hierarquia com:

- prevenção primária, visando a ações de detecção de condições facilitadoras do desencadeamento da doença mental, buscando uma intervenção sobre estas;
- prevenção secundária, buscando uma detecção diagnóstica e tratamento precoces, com o objetivo de reduzir a duração do transtorno mental;
- prevenção terciária, cuja ação é na readaptação do sujeito a vida social.

Para implementar essas ações, foram criados serviços comunitários – os Centros de Saúde Mental. Em 1955, existiam 600 mil leitos. Em 1990, estes haviam sido reduzidos para 120 mil. A alternativa comunitária foi incorporada efetivamente como eixo condutor do modelo de assistência em saúde mental americano (Desviat, 1999, p. 58). No entanto, essa reorientação não se refletiu numa política voltada à integralidade do cuidado. A lacuna no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico teve como principal consequência um grande contingente de desassistidos oriundos dos hospitais psiquiátricos, fruto da precariedade da política de bem-estar social.

Apesar da reorientação na ênfase assistencial, a psiquiatria comunitária/preventiva americana não questionava o modelo racionalista que sustentava as práticas exercidas no manicômio. O papel normatizador da psiquiatria mantinha-se na ordem do dia, apresentado de modo mais atraente, já que incorporava o discurso em voga nas décadas de 60 e 70.

No Brasil, a forma de “ambulatorização”, considerada por diversos setores na década de 70 como solução para a questão da assistência psiquiátrica, produziu um dispositivo que manteve a lógica massificadora da assistência encontrada no hospital psiquiátrico. Além disso, sua consequência mais grave foi a ampliação da demanda, com o aumento dos leitos contratados, já que esse dispositivo não conseguia suprir as necessidades complexas do sujeito em sofrimento. Sobre esse processo, Silva Filho (2000, p. 17) aponta:

“Podemos dizer que (...) ela serviu de meio de acumulação capitalista tanto para a indústria farmacêutica quanto para o setor privado contratado, ampliando o controle social e atualizando o mandato político-ideológico da psiquiatria sobre a desordem pública”.

Por sua vez, Fagundes e Libério (1997, p. 35) discutem a problemática da expansão de uma rede ambulatorial que promoveu a cronificação de sua clientela e foi marcada pela indução à farmacodependência. Neste sentido, uma preocupação deve sempre estar em pauta para os profissionais da assistência em saúde mental: as questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las. No entanto, não se pode ter para esse grupo de problemas uma perspectiva simplista, ou seja, resumir as dificuldades

da vida cotidiana a um conflito psicológico. Essa simplificação grosseira, em determinadas circunstâncias, nas décadas de 60 e 70, foi denominada “psicologização” dos problemas sociais. É importante que a questão da subjetividade seja do conhecimento dos profissionais de saúde, mas que não se banalizem os instrumentos de intervenção do campo da saúde mental, transformando-os em pretensos “anestésicos sociais”.

A partir das considerações sobre os conceitos e práticas hegemônicas na assistência psiquiátrica hoje, alvo da transformação em curso no campo da saúde mental, apontamos para o movimento iniciado em final da década de 70, que buscava a construção de uma nova noção do cuidado em saúde mental – a Reforma Psiquiátrica.

## 2. A Reforma Psiquiátrica

Faremos uma breve referência aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, já que a noção de sua trajetória facilitaria a compreensão. Compreendemos como Reforma Psiquiátrica o processo social que engloba a mudança nos paradigmas do cuidado em saúde mental, significativas transformações culturais e a conseqüente convalidação jurídico-legal dessas conquistas (Alves, 1996, p. 1).

A Reforma Psiquiátrica brasileira sofreu influência de um momento de ebulição da conjuntura político-social do país com a “abertura democrática”, a Assembléia Constituinte, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre outros, além do impacto da experiência italiana.

Não haverá consenso, nem no campo *psi* e nem entre os sanitaristas, sobre os marcos paradigmáticos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Vamos adotar aqui, como resumo, a ordem cronológica dos fatos relacionados por Alves e Valentini (2003, p. 113):

- I Conferência Nacional de Saúde Mental – Rio de Janeiro, 1987;
- Encontro Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – Bauru, 1987;
- Intervenção na Casa de Saúde Anchieta – Santos, 1989;
- Apresentação, na Câmara Federal, do Projeto do Deputado Paulo Delgado – Brasília, 1989;
- Declaração de Caracas – Venezuela, 1990;
- Publicação das primeiras portarias do Ministério Saúde, em dezembro/1991 e janeiro/1992, no sentido de viabilizar financeiramente a mudança do modelo assistencial, além de regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental.

Desta forma, nas últimas décadas, vem sendo delineada no Brasil uma transformação da assistência em saúde mental, a partir da implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial. Essa transformação reflete uma tentativa de ruptura<sup>3</sup> com o paradigma psiquiátrico hegemônico – no qual a doença era compreendida como o objeto da intervenção – buscando um olhar que contemple o cuidado com o sujeito em sua “existência-sofrimento” (Rotelli, 2001).

Atualmente, a assistência psiquiátrica no Brasil é regida pela Lei Federal n. 10.216 /01, de abril de 2001, que dispõe sobre a mudança do atual modelo, garante direitos dos usuários e permite o questionamento das internações involuntárias.

### 3. O Conceito de Cuidado

Feita essa contextualização sumária da reforma, falaremos um pouco sobre o conceito de cuidado que estamos trabalhando. Utilizaremos o conceito proposto por Leonardo Boff (2000, p. 73):

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Diríamos que esse cuidado se baseia em algumas premissas fundadoras: a primeira é a da liberdade em negação ao isolamento. Opera-se uma ruptura com a necessidade de manter o sujeito afastado de seu meio, para que seja identificado seu quadro. A partir daí, será feita a intervenção voltada à readequação do padrão de convívio social. Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito às diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada.

A segunda é a da integralidade em negação à seleção. O sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam diversos campos. O olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu “andar a vida”. Deste modo, o cuidado abarca a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas. Como aponta Nicácio (1994, p. 100):

“O cuidar de uma pessoa se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade e não a identificação do sintoma. Isto não quer dizer negar os sintomas, mas capacitar a instituição para, ao compreender e dialetizar essa expressão, ir ao encontro de uma história (...)”.

A terceira premissa é a do enfrentamento do problema e do risco social (ou da desvantagem) em contraposição ao modelo nosológico, ou seja, ao diagnóstico. Este, que determinava a condução terapêutica, passa a ser incorporado a novos aspectos que envolvem a existência do portador de transtorno psíquico. Desta forma, o risco social permite uma visão mais ampliada do sujeito, ao considerar a rede onde se insere. Utilizando o conceito de Delgado (1999, p. 119), “as redes são sociais, culturais, simbólicas, mercantis, raciais, espaciais e temporais são também projeções da subjetividade”. A noção do risco social nos permite compreender – mas não explicar, como referem Dell’Acqua e Mezinna (1991, p. 58) – o processo de crise, possibilitando atribuir-lhe um sentido e, deste modo, estabelecer uma linha de interação com o sujeito em sofrimento. A complexidade, já mencionada, contrapondo-se à simplificação, se coloca como determinante para o cuidado em saúde mental – complexidade por conta da natureza própria do sofrimento psíquico.

Outra vertente importante desse cuidado é a questão do conceito de direito sobre a noção de reparo. É fundamental que entendamos que essas pessoas possuem o direito de serem assistidas de maneira digna, de terem respeitada sua expressão diferente da norma. Essa premissa do direito supera conceitos há muito enraizados na sociedade, dentre os quais o conceito de reparo. Esse conceito escamoteia direitos, já que é regido pelo entendimento pelo qual “nós”, os técnicos ou profissionais de saúde, “sabemos” o que é melhor para nossos clientes. Para Saraceno (1999, p. 112):

”(...) não existem as des-habilidades nem as habilidades ‘em si mesmas’, ou seja, descontextualizadas dos complexos conjuntos de determinantes constituídos pelos lugares onde se dão as intervenções, pelas organizações dos serviços, pelas interações com as estruturas sanitárias e sociais de um território, pelos recursos colocados em campo”.

Desta forma, na noção de direito, o conceito de cuidado ampliado não se esgota, porque o direito vai se ampliando à medida que a pessoa vai se “autonomizando”. Cabe destacar a definição de Kinoshita (1996, p. 57) para autonomia. O autor preconiza que esta consiste na capacidade do sujeito de gerar normas para sua vida conforme as situações com as quais se confronte. Essas escolhas apenas são conquistadas por um sujeito de direito.

Nesse sentido, outra premissa importante é a premissa de “ver” cada situação dentro da sua singularidade e entender que nosso objetivo, ao lidar com essas pessoas, é propiciar a autonomia possível. Sendo assim, o conceito de cura se apresenta “fora de foco”. Esse conceito reflete um determinismo da medicina biológica e, como aponta Teixeira (1996), retrata a idéia de uma intervenção

sobre algo que está funcionando de forma errada, restituindo seu funcionamento adequado.

No caso da nossa clientela, no cuidado em saúde mental para pessoas com problemas geralmente persistentes e graves, o desafio é o aumento de seu poder contratual, da possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. Sendo assim, o respeito à singularidade é premissa fundamental. Ou seja, para cada pessoa um projeto, porque para essas pessoas a construção de seus projetos de vida se efetiva no âmbito do que ela incorpora como um direito, e do que nós, profissionais, entendemos enquanto tal. Esse direito é compreendido como uma atitude perene. Kinoshita (1996) aponta que as relações de troca são realizadas a partir de um valor social atribuído a cada indivíduo previamente por seu campo social, sendo este um pré-requisito fundamental para o intercâmbio. Ou seja, cuidado enquanto essa atitude, e não como ato isolado que procura uma cura.

Por fim, uma premissa de qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. É a negação do ato freqüente de “encaminhar”. A equipe de cuidado e o serviço precisam estar prontos para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo por especificidades de demanda ou “repassá-lo”, ao se deparar com a complexidade das questões... O agenciador tem como pressuposto básico a tomada de responsabilidade<sup>6</sup> e, como consequência, constitui-se como mediador das relações daquele com o mundo.

#### 4. Estratégias

Quando discutimos as estratégias adotadas no campo da assistência pública em saúde mental, é importante destacar um conceito da Organização Mundial da Saúde, que recomenda ser o serviço a expressão concreta da política que deve chegar aos indivíduos. Hoje, diversas formas de organização da assistência psiquiátrica propostas como substitutivas ao modelo tradicional vão ao encontro dessa afirmação.

Alves (2001) discute a formulação que Saraceno propõe para o serviço se organizar para ser eficaz e conceituado como bom. O critério de qualidade é a acessibilidade, que é determinada por três quesitos. O primeiro é a localização geográfica, se o serviço está perto ou não das pessoas – o que chamamos de território. O segundo é o tempo que ele permanece aberto. Se o funcionamento se dá 24, 12 ou 8 horas por dia; se funciona todos os dias ou apenas três vezes por semana – isso pode espelhar a qualidade de serviço. O outro quesito de qualidade integrante da formulação de acessibilidade diz respeito a quais

programas estão acessíveis às pessoas que procuram o serviço. No caso de nossa clientela, programas propriamente assistenciais, de inserção social, lazer, hospitalidade assistida, trabalho assistido, dentre outros.

Esse conjunto de quesitos é fundamental para todos os serviços. Estes podem ser, inclusive, os ambulatorios. O ambulatorio não é, por definição, um serviço ultrapassado. Ele é, por definição, um serviço aberto, que deve ser, cada vez mais, acessível e incorporar os critérios acima descritos, para ser um serviço potente.

## 5. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A partir da experiência histórica do Brasil, nos últimos dez anos, o serviço escolhido oficialmente pelo Ministério da Saúde como estratégico para a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos foram os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). São serviços abertos que funcionam em dois turnos, alguns por 24 horas, todos os dias da semana. Buscam, como pressuposto de sua fundação, a superação da dicotomia entre os diversos tratamentos. O CAPS congrega uma equipe multiprofissional, constituindo lugar de interlocução de vários saberes e conhecimentos. Situa-se na comunidade e, portanto, deve estar aberto a seus problemas e contar com seus recursos. Esse é o conceito de CAPS enquanto lugar do território – ao mesmo tempo, instrumento político de difusão de determinada forma de cuidar e um serviço potente em si.

O primeiro dispositivo do gênero foi o CAPS Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, que iniciou suas atividades em 1987. Era gerido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e funcionava em regime de atenção diária – 8horas/dia, de segunda a sexta-feira. Guljor (2003, p. 51) destaca que, em seu projeto de implantação, era possível observar “uma preocupação com o suporte a uma população excluída do exercício de uma contratualidade social. Esse projeto (...) introduziu a noção de ‘acolhimento’”.

No que diz respeito à caracterização daquele dispositivo, a autora se refere ao conceito de “intensidade máxima do tratamento” postulado no projeto como básico em relação ao tempo de acolhimento. Por sua vez, os primeiros dispositivos municipais voltados para a organização de uma rede de suporte em saúde mental foram os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), na cidade de Santos (SP), cujo funcionamento era de 24 horas/dia, com leitos de acolhimento noturno. O primeiro foi inaugurado em 1989.

Atualmente, o Ministério da Saúde define esse dispositivo da seguinte forma (Ministério da Saúde, 2004, <http://portaldasaude.gov.br/saudemental>):

“O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade.

A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço.

Os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações.

O CAPS deve considerar o cuidado intra, inter e transubjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial”.

Esse caráter, delegado em portaria ministerial, o situa enquanto organizador de determinado cuidado naquele território e, ao mesmo tempo, um serviço de qualidade tal que possa substituir o hospital. Esse é o principal elemento estratégico de substituição. O CAPS não como lugar, como serviço, mas como um “conceito operacional”. Conceito operacional para que ele não se cristalize e não se cronifique; para que se atualize o tempo todo, na medida em que a contemporaneidade dos conhecimentos possa influir sobre sua própria dinâmica e, ainda, para que a incorporação de potencialidades comunitárias e sociais possa interferir de tal forma em seu funcionamento, que permita mudar inclusive seu perfil. Essas premissas são importantes para que o CAPS não se transforme em mais um serviço burocrático e reprodutor de determinada relação autoritária e hierárquica com a clientela. A burocratização decorrente de uma tentativa de padronizar um cuidado, cuja principal característica é seu potencial de reinvenção, nos aponta: primeiro, para a importância de não considerarmos esse cuidado “um modelo”; e segundo, de estar sensível para o fato de os modelos burocráticos não abarcarem a complexidade dos transtornos mentais.

## 6. Atenção Básica e Saúde Mental

“Em avaliação realizada pela Coordenação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, na percepção das equipes do PSF, 47% declaram realizar ações de saúde mental, o que demonstra que a demanda em saúde mental inevitavelmente está presente para todos os que trabalham no campo da atenção básica. Essas ações de saúde mental certamente são ações feitas de forma espontânea, até mesmo descoordenada, porque na maior parte das vezes ainda não existe esse treinamento. (...) O grande desafio é pensar os instrumentos e também as estratégias e etapas para se fazer uma virada definitiva, isto é, para tomar um passo decisivo, que é o passo da definitiva expansão, extensão das ações de saúde mental para a imensa rede de serviços, dispositivos, e agentes que existem na atenção primária no Brasil e que estão produzindo ações de saúde mental sem saber exatamente como estão fazendo isso, de que forma estão fazendo, sem nenhum suporte, nenhuma supervisão, nenhum acompanhamento, referindo-se, neste caso, à maior parte dos municípios que ainda não têm ações de saúde mental incluídas na atenção primária” (Delgado, 2002)<sup>7</sup>.

O desafio está colocado desde 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). É confirmado com o depoimento acima. Precisamos ter clareza de que os elementos fundadores do PSF/PACS são comuns também a esse novo paradigma do cuidado: a integralidade, o conceito de cobertura e responsabilidade territorial e o conceito de perenidade do cuidado - do cuidado como atitude.

O risco – que já sinalizamos<sup>8</sup> – é que esses programas na atenção básica reproduzam o modelo biológico. Mas o dia-a-dia vai construir vários PSF e também possibilitar a invenção de várias formas de sua integração com a saúde mental.

### 6.1. Hospital Geral

Apesar de as primeiras unidades psiquiátricas em hospitais gerais terem sido introduzidas no Brasil na década de 50, predominantemente em hospitais universitários (Botega & Dalgalarrodo, 1997), e de reiteradas recomendações de sua implantação em documentos oficiais, o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais – menos de dois mil, segundo dados do DATASUS (2004) – é irrelevante em relação ao número de leitos em hospitais psiquiátricos.

Atualmente, no bojo das políticas para atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas<sup>9</sup>, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM n. 817, de 30 de abril de 2002, que preconiza e regulamenta a internação dessa clientela, nos casos de intoxicação aguda, em hospitais gerais. Cabe destacar que esse recurso já é utilizado em municípios pequenos, nos casos de agudização.

## 6.2. *Moradia*

Para substituir a propalada “hospitalidade” do hospício, foram implantadas as residências terapêuticas ou lares abrigados. São casas assistidas para que as pessoas (comprometidas psiquicamente) com grave precariedade da rede social possam sair do hospital psiquiátrico.

Consideramos como estratégia residencial não apenas as casas implantadas através da rede pública de saúde – denominadas oficialmente Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –, pois temos observado que o potencial de inovação das equipes permite a utilização de recursos variados, como o aluguel conjunto de apartamento por um grupo de usuários (as repúblicas), aluguel de quartos em casas de família ou de vagas em pensões. Todas essas iniciativas têm sido desenvolvidas por técnicos e usuários dos serviços de saúde mental, como forma de garantir a permanência dos sujeitos no ambiente da cidade.

Como importante instrumento de desospitalização, desde julho de 2003, está em curso o programa “De Volta Para Casa”, do Ministério da Saúde, criado pela Lei n. 10.708/2003. Este destina um salário mínimo aos portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos com mais de dois anos de internação à época de sua promulgação. O quantitativo de Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados pelo Ministério da Saúde já chegava a 189 no primeiro trimestre de 2004, e cerca de 500 ex-internos de hospitais psiquiátricos se beneficiaram da lei.

## 6.3. *Trabalho*

Outras estratégias importantes são os programas de trabalho assistido, de capacitação profissional e de organização dos usuários em cooperativas. A desvantagem dessas pessoas, tanto do ponto de vista da legislação, quanto do ponto de vista de seus direitos civis e das suas habilidades para o mercado formal de trabalho, geralmente é bastante significativa. A maioria dessas pessoas (90% da clientela) – tivemos acesso a esse dado através dos relatórios do Instituto Franco Basaglia<sup>10</sup> – tem no máximo segundo grau incompleto. Ou seja, há o baixo nível de escolaridade e a conseqüente limitação para absorção pelo mercado de trabalho formal.

A principal estratégia utilizada pelo campo da saúde mental são as cooperativas. De acordo com Wanderley, Corrêa e colaboradores (1997), as cooperativas possuem características mais adequadas a essa clientela, a saber: o respeito à singularidade do usuário e sua capacidade produtiva; a noção de coletividade; a preocupação com a qualidade do produto, dispensando a benevolência e a compaixão.

Entretanto, a legislação, no que dizia respeito à constituição das cooperativas, ainda era insuficiente para contemplar a complexa realidade jurídica da clientela portadora de transtornos mentais. A necessidade de maior flexibilidade de suas regras e a possibilidade de uma estrutura que permitisse a integração de outras categorias, como a de profissionais e de outras minorias também marginalizadas, gerou a mobilização para aprovação de uma lei específica – a Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999, que, em sua ementa, “dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos”.

#### 6.4. Lazer/Cultura

Ao discutirmos a transformação do paradigma fundante em saúde mental, não podemos deixar de considerar que este, em seus 200 anos de existência, possui raízes para além de uma discussão técnica. Sua influência na cultura de nossa sociedade implica também a construção da forma como esta encara a loucura e as possibilidades de convívio com a diferença. As iniciativas pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica devem contemplar intervenções voltadas para a desconstrução da linha imaginária que restringe a população portadora de transtornos mentais aos guetos “alternativos” de expressão.

Entretanto, é importante reconhecer que a trajetória comum a essa clientela nos confronta com duas vertentes de um mesmo conflito: um processo de ruptura com o lugar de isolamento social (que não se apresenta apenas nos casos de pessoas internadas em instituições asilares) e ao mesmo tempo a clínica da psicose, a qual cotidianamente nos aponta para o desmoronamento psíquico da vivência psicótica e sua dificuldade de estruturação de laços sociais. Espaços protegidos de cuidado que não se restrinjam ao tratamento *stricto sensu* e abarquem estruturas que permitam alavancar as relações com o outro, com a sociedade, são processos hoje em curso. O lazer, a arte, a música e os meios de comunicação configuram instrumentos dessa estratégia. Ao discutir a influência da arte no cuidado com a psicose, Izhaki e colaboradores (1997, p. 249) apontam:

“(...) aquilo que é feito permite que o cliente se defronte com algo de seu modo de se apropriar e de construir o mundo, objetivado numa obra. Sua ligação com sua obra e o modo como esta ligação e a própria obra é compartilhada com o coletivo recriam, de certa maneira, um sujeito que se constrói junto com aquilo que constrói e na forma com que o compartilha com os demais”.

Desta forma, encontramos diversas experiências, em sua maioria geradas em dispositivos públicos de assistência em saúde mental. Inserem-se no território e potencializam a conquista de uma sociedade ainda pouco familiarizada com o convívio com a loucura.

Podemos citar, ainda, experiências como a TV Pínel, que hoje se configura como TV comunitária; os Cancioneiros do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e o Harmonia Enlouquece, do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro – conjuntos musicais no Rio de Janeiro; a Rádio TAM TAM, de Santos, e a Antena Virada em Paracambi; os blocos carnavalescos, como o Loucura Suburbana, do Instituto Nise da Silveira / Rio de Janeiro, e o Lokomotiva, de Natal / Rio Grande do Norte; os jornais produzidos na maioria dos CAPS em funcionamento e, por fim, os clubes de lazer, como o Clube da Esquina (pioneiro no Rio de Janeiro, que se tornou referência de lazer nos finais de semana para grande número de usuários de toda a rede de saúde mental do município desde 1997). Além destes, há os centros de convivência criados na cidade de São Paulo no início da década de 90.

## 7. Considerações finais: alguns indicadores de resultados

Se levarmos em consideração duas avaliações, em momentos diferentes, sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, vamos verificar, primeiro, que ambas são verdadeiras e, segundo, que o processo de mudança no país se sustenta em dados inequívocos.

Na contracapa da edição brasileira do famoso *A instituição negada*, organizada por Franco Basaglia, Pedro Gabriel Delgado (Basaglia, 1985) afirma sobre a pergunta dos italianos “a liberdade é terapêutica?”: “No Brasil dos hospícios e do desemprego, tal pergunta é extemporânea. O confinamento cruelíssimo nos manicômios seguramente não é terapêutico... Estamos na pré-história da instituição negada”.

O Brasil tinha então em torno de 400 hospitais psiquiátricos com quase 90 mil internados, leitos que representavam quase 20% de todos os leitos do SUS (só superados por leitos de clínica médica), afrontando uma regra elementar de bom senso, a de que você só deve internar alguém para se tratar se não puder fazê-lo de pé.

Cerca de dez anos depois, Manuel Desviat em seu livro *La reforma psiquiátrica*, editado no Brasil em 1999, afirma:

“O Brasil conseguiu, em curto espaço de tempo, tanto a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais quanto o consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros (...) desinstitucionalização, alternativas, defesas dos direitos dos pacientes, aprimoramento da técnica (...) conseguiu mobilizar as bases para uma reforma apoiando-se em um amplo consenso profissional e civil (...)” (Desviat, 1999, p. 151).

O Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem chamado o processo brasileiro de “uma via de mão dupla” – são desativados leitos em

hospitais psiquiátricos e são abertos serviços que os substituem. Os dados da evolução histórica, a partir do início dos anos 90, que apresentamos, confirmam que a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil é fato incontestável, de curso aparentemente consistente.

**Tabela 1. Leitos em Hospitais Psiquiátricos /SUS**

Ano	1991*	1996*	2001**	2004**
Nº leitos	85.037	67.462	56.755	52.406

Fontes: \* COSAM/DAPS/SAS/MS – 1996; \*\*Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: *Informativo da Saúde Mental*, n. 13, fevereiro/2004.

**Tabela 2. Evolução do Número de CAPS**

Ano	1991*	1996**	2001**	2004***
Nº CAPS	4	154	295	515

Fontes: \* COSAM/DAPS/SAS/MS – 1996; \*\* Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: *Informativo da Saúde Mental*, n. 13, fevereiro/2004; \*\*\* ASTEC/SAS/MS- Relatório Técnico/2003.

**Tabela 3. Evolução Relativa entre Gastos com Rede Hospitalar e Rede Substitutiva em Saúde Mental**

Ano	1997	2000	2003
Rede hospitalar - total de gastos (%)	93,14%	84,18%	79,00%
Rede substitutiva - total de gastos (%)	6,86%	15,82%	21,00%

Fonte: DATASUS/IBGE/ASTEC/SAS.

Cabe destacar que 80% dos leitos da assistência psiquiátrica hospitalar são conveniados. A rede CAPS é formada por mais de 90% de serviços públicos próprios, a maioria vinculados às secretarias municipais e alguns poucos municipais e outros universitários.

Uma pergunta pertinente sobre a efetividade do serviço comunitário é sua capacidade de substituir efetivamente o hospital psiquiátrico. Desta forma, o indicador redução do número de internações das pessoas em tratamento em CAPS é um dos mais sensíveis para auferir a qualidade do cuidado nesses serviços. Utilizando como referência a cidade do Rio de Janeiro, observamos que, em três CAPS situados na Zona Oeste, o percentual de pacientes com história de internação anterior que não mais se reinternaram situa-se entre 85% e 91% (Instituto Franco Basaglia, 2003), o que possibilitou o fechamento de 1.113 leitos psiquiátricos nos últimos quatro anos, tendo sido implantados oito CAPS de adultos e dois CAPS para crianças e adolescentes.

## Notas

- <sup>1</sup> Médico sanitarista; presidente do Instituto Franco Basaglia; ex-coordenador nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.
- <sup>2</sup> Psiquiatra, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ; preceptora da Residência médica em Psiquiatria da Universidade Federal Fluminense; assessora da Coordenação de Programas de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; pesquisadora associada do LAPPIS.
- <sup>3</sup> Estrutura semelhante a uma torre com várias pequenas aberturas em seu entorno. Destas era possível que o vigilante observasse tudo o que acontecia nos vários espaços da instituição.
- <sup>4</sup> Cabe destacar que essa situação não apenas está restrita ao contexto dos ambulatorios, pois a compreendemos como inserida numa lógica de cuidado que buscamos desconstruir e como tal não é delimitada por espaços arquitetônicos.
- <sup>5</sup> No sentido arqueológico ou epistemológico de ruptura radical com um paradigma ou construção de um novo paradigma (Amarante e Torres, 2001, p. 33).
- <sup>6</sup> Adotamos aqui, como tomada de responsabilidade, “a disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, que não sejam somente a crise como emergência” (Dell’Acqua e Mezzina, 1991, p. 62).
- <sup>7</sup> Essas afirmações são parte de uma palestra proferida pelo coordenador nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, durante Seminário sobre Experiências Internacionais de Saúde Mental na Atenção Primária, organizado pela Organização Pan-americana da Saúde, em 2002.
- <sup>8</sup> Ver mais sobre o tema em Alves (2001).
- <sup>9</sup> Importante destacar as discussões do grupo técnico interministerial, constituído por decreto presidencial em 28/05/2003, em seu texto preliminar sobre as diretrizes da política nacional

do Ministério da Saúde para redução de danos à saúde causados por bebidas alcoólicas. Destaca a necessidade da implementação de “(...) uma política integral, intersetorial e inclusiva de atenção aos usuários e dependentes de bebidas alcoólicas, com ações na rede básica de saúde e atendimento na rede hospitalar não-psiquiátrica (...)” (Grupo Técnico Interministerial, 2003, p. 2).

<sup>10</sup> Os relatórios dizem respeito à análise dos consolidados semestrais da assessoria técnica do convênio IFB/CAPS-SMS/RJ.

## Referências

ALVES, D. S.; VALENTINI, W. Mental health policy in Brazil: from dictatorship to democracy. In: \_\_\_\_\_. *Mental health: global policies and human rights*. London: Whurr Publishers, 2003.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.a. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 167-176.

\_\_\_\_\_. *Impasses e desafios da Reforma Psiquiátrica*. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1., 1996, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IFB/IPUB/PINEL, 1996, p. 1-10. Mimeo.

AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: a análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

\_\_\_\_\_. (Org). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. (Org). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BOFF, L. Cuidado: o *ethos* do humano. In: FERREIRA, G.; FONSECA, P. (Org). *Conversando em casa*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 2000. p. 73-78.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <[http://www.portal da saúde.saude.gov.br/saudemental](http://www.portal.da.saude.saude.gov.br/saudemental)> . Acessado em abril 2004.

BRASIL. Governo Federal. *Diretrizes para uma política nacional, integral e intersetorial de redução dos danos à saúde e ao bem-estar causados pelas bebidas alcoólicas*. Versão de 19/08/2003. Brasília: Grupo Técnico Interministerial, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 817/GM*, de 30 de abril de 2002. Define competências específicas das áreas hospitalar e ambulatorial no atendimento aos usuários de álcool e outras na rede do SUS. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em maio 2004.

- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-110, maio/ago. 2001.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- DATASUS. <[www.datasus.gov.br/bases/bases.htm](http://www.datasus.gov.br/bases/bases.htm)>. Acessado em março 2004.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta a crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. Santos: Resenha, 1991. p. 53-79.
- DELGADO, P. G. *A experiência brasileira*. IN: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, 2002, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: OPAS, 2002.
- \_\_\_\_\_. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB/UFRJ*. Rio de Janeiro, n. 14, p. 113-121, 1999.
- DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FAGUNDES, H.; LIBÉRIO, M. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. *Saúde em Foco*. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva / SMS / RJ. Saúde mental: a ética do cuidar. Rio de Janeiro, ano VI, n. 16, p. 30-35, novembro 1997.
- FERLA, A. A.; GEYER, L. M. *et al.* Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 15-35.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- GULJOR, A. P. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *Relatório da Assessoria Técnica do Convênio IFB/CAPS-SMS/RJ: consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões de Bangu, Campo Grande, Irajá e Santa Cruz*. Relatório semestral. Rio de Janeiro: SMS, jul./dez., 2002.
- IZHAKI, F.; ROCHA, A. *et al.* A experiência da TOCA: Arte e subjetividade. IN: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 1., Rio de Janeiro. *Anais...* Belo Horizonte: IFB/TE CORÁ, 1997. p. 243 - 249.
- KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.
- NICÁCIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Mental health policy and service guides package*. Genebra: OMS, 2003.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

Domingos Sávio Alves e Ana Paula Guljor

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: IFB/TE CORÁ, 1999.

SILVA FILHO, J. F. O ambulatório e a psiquiatria. *Cadernos do IPUB/UFRJ*. Rio de Janeiro, v. VI, n. 17, p. 17-20, 2000.

TEIXEIRA, M. O. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. *Cadernos do IPUB/UFRJ*. Rio de Janeiro, n. 3, 2 ed. ampliada, p. 67-76, 1996.

WANDERLEY, A. R.; CORRÊA, D. *et al.* Cooperativismo e saúde mental: uma experiência possível? IN: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, 1., Rio de Janeiro. *Anais...* Belo Horizonte: IFB/TE CORÁ, 1997. p. 213- 220.

# Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>  
MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS<sup>2</sup>

## 1. Introdução

A reorganização do modelo tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, ainda constitui um desafio para todos os atores sociais que militam no campo da Saúde Coletiva. Muitas propostas têm sido implementadas em âmbito municipal, mas a partir da segunda metade da década de 90, esses esforços vêm se aglutinando em torno da reorganização da Atenção Básica em Saúde, orientada, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família. A implementação desse programa, embora sob mesma orientação macropolítica, vem produzindo experiências qualitativamente diferentes e, em muitos casos, reproduzindo o modelo tradicional de assistência em novas embalagens, como já haviam alertado Silva Junior (1998, p. 125) e Franco e Merhy (2000).

O acompanhamento dessas experiências vem se dando por meio de metas de cobertura, produção de serviços e indicadores de impacto epidemiológico. Considerando que há uma diferença qualitativa nos resultados, decorrente da forma como são feitas as ações de saúde e o processo de trabalho das equipes envolvidas, como demonstrou Mascarenhas (2003), os aspectos relevantes na direcionalidade das mudanças no modelo tecnoassistencial são pouco percebidos pela forma de acompanhamento do programa (avaliação normativa).

Essas questões, já apontadas por Hartz (2000, p. 29-35), nos remetem à necessidade de complementar o processo de monitoramento com a abordagem da pesquisa avaliativa na busca de perceber os movimentos de mudança na qualidade da atenção no que se refere principalmente ao processo de trabalho das equipes, na relação com as populações adscritas e a integralidade da atenção à saúde.

Este trabalho visa a refletir sobre alguns conceitos e abordagens metodológicos que possam aumentar a capacidade analítica de atores envolvidos no processo de construção da Atenção Básica à Saúde e contribuir para sua direcionalidade aos princípios orientadores do SUS.

## 2. Considerações Teóricas e Conceituais

Propomos como ponto de partida a diretriz do Sistema Único de Saúde, a *integralidade*, como conceito abrangente, que instiga a organização de novos serviços de saúde, e na revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198).

Mattos (2001) sugere organizar o princípio da integralidade em três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional. A integralidade não é vista apenas como um atributo da boa prática de biomedicina, mas um atributo que deveria permear a prática de todos os profissionais de saúde, independentemente de ela se dar no âmbito público ou privado.

O segundo conjunto diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Os serviços de saúde organizados exclusivamente para dar conta de doenças de uma população tornaram-se inaceitáveis, e deveriam estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida. Assim,

“a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (Mattos, 2001, p. 57).

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos. Neste sentido, a integralidade é representada pela recusa dos formuladores de políticas públicas em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais tais políticas irão incidir. Por outro lado, se expressa na convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde pública deve incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Dada a polissemia do termo “integralidade”, resolvemos tomá-lo como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviço. Entendemos que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

*Acolhimento* é assim traduzido por Merhy (1997, p. 138):

“uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde”.

Para Malta *et al.* (1998, p. 139):

“é uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe”.

Silva Júnior (2001, p. 91), em um esforço de síntese, define acolhimento como:

“Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizado”.

Para esses autores, acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Significa a retomada da reflexão sobre a universalidade do acesso e sobre a dimensão de governabilidade das equipes locais diante das práticas de saúde. Representa o resgate do conhecimento técnico das equipes e ainda a reflexão sobre a humanização das relações em serviço, bem como o resgate do espaço de trabalho em termos de lugar de sujeitos.

Podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas. A dimensão acolhimento, como postura, abrange ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário.

A discussão sobre o acolhimento nas unidades e, mais especificamente, sobre a qualidade do acesso e a recepção aos usuários nos serviços mostra, segundo Teixeira (2003, p. 92), uma migração do foco de tensionamento para dentro do

serviço ou, mais exatamente, para a relação com o outro que aí se estabelece. A relação médico-paciente é o caso mais emblemático, de acordo com o autor, que sinaliza haver uma ampliação da questão devido à existência de outros profissionais e de outras interações que também se dão no cotidiano dos serviços, o que vale falar em relação trabalhador-usuário. Daí a preocupação inovadora de Teixeira, em analisar o acolhimento no serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.

Escuta, no campo da psicanálise, ocupa lugar privilegiado, por ser algo relacionado às palavras ditas ou silenciadas. Nesse contexto, a escuta não limita seu campo de entendimento apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, que são fios de significados a serem trabalhados. Segundo Leitão (1995, p. 47):

“São a essas lacunas que o analista dirige sua atenção, e escuta a trama dos movimentos imaginários que tentam se disfarçar e fantasiar. Essa trama, quando escutada, se desvanece e algo diferente se torna presente, revelando uma lógica até então encoberta; daí a importância em se ter uma escuta mais acolhedora e minuciosa nos serviços de saúde”.

Escutar tem relação imediata com a fala, e em sua origem latina articula o escutado ao ato de ouvir e de montar guarda; situação na qual quem escuta cumpre o ofício de sentinela, vigia os sons provenientes de um campo diferente do seu próprio. Para escutar, também é imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala. Por fim, exige-se do profissional de saúde uma reflexão sobre o usuário-paciente, enquanto sujeito portador de individualidade, para quem os serviços de saúde são oferecidos. Lembramos que usuário, segundo o dicionário *Aurélio*, “[é] o sujeito portador de uma individualidade, que tem a posse, o gozo de alguma coisa pelo direito de uso coletivo” (Ferreira, 1986, p. 1.774).

A postura de acolhimento e escuta também é pensada na relação dos profissionais de equipe de saúde entre si e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço. Relações democráticas, que estimulam participação, autonomia e decisão coletiva, produzem sujeitos de novas práticas sanitárias.

Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. Segundo Peduzzi e Palma (1996, p. 247), esses trabalhadores “se defrontam com a necessidade de manter essa dimensão educativa e comunicacional como parte nobre da técnica, complementar à esfera clínica e de redobrar a qualidade do registro do paciente”. Merhy *et al.* distinguem “ato de escuta de ato de bondade; o ato de escuta é um momento de construção de

transferência” (2000, p. 25). Assim, o acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários.

O acolhimento, como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados. O acolhimento representa, para Merhy e outros autores (2000, p. 22):

“O resgate e a potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde na assistência. Torna possível, ainda, a reflexão sobre a humanização das relações em serviço e parte da lógica de poder contida no processo, contribuindo, assim, para uma mudança na concepção da saúde como direito”.

Quanto ao trabalho de equipe, as mudanças da composição desta não dizem respeito apenas aos novos agentes incorporados, nem aos dados quantitativos dessa incorporação. Peduzzi e Palma (1996, p. 239) afirmam que:

“São alterações no processo de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços. Assim, com estas mudanças se alteram os atributos técnicos requeridos dos trabalhadores, as suas relações com os demais elementos dos processos de trabalho (o objeto e os instrumentos e as próprias atividades), e as relações entre os diferentes profissionais que passam a lidar com novas formas de articulação dos respectivos e peculiares trabalhos”.

A complexidade da equipe multiprofissional refere-se à articulação dos diferentes processos de trabalho. Supera-se a fragmentação de saberes e a organização de serviços, o que as autoras destacam como justaposição alienada de trabalhos, em que cada parcela se apresenta como exercício autônomo e independente. Na busca de superação da fragmentação, a interdisciplinaridade vem contribuir para a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante criação de novas práticas. Portanto, os mesmos autores afirmam:

“Os serviços necessitam dispor de meios que propiciem a integração dos novos agentes ao projeto institucional e do conjunto dos agentes a novos projetos. Espaços dialógicos, interculturais, que permitam a distinção e a recomposição dos trabalhos parcelares em totalidades nas quais cada trabalhador possa reconhecer-se, simultaneamente, como agente do trabalho e sujeito histórico-social” (Peduzzi e Palma, 1996, p. 241).

A equipe que acolhe tem como objetivos ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes locais (Merhy, Bueno e Franco, 1999). O acolhimento, como

reformulador do processo de trabalho ou da diretriz de serviço, pontua problemas e oferece soluções e respostas. Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço (Malta e Merhy, 2002, p. 80-83).

Como a organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde.

Optamos também por incorporar a idéia de acessibilidade organizacional para complementar o conceito de acolhimento. No campo da saúde, *acesso* pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos. É a possibilidade de obter serviços necessários em quantidade suficiente, sem obstáculos físicos e financeiros (Donabedian, 1984; Fekete, 1995, p. 180).

*Vínculo*, segundo definição encontrada no dicionário *Aurélio*, é “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação. O ato de vincular significa ligar ou prender com vínculo, ligar ou prender moralmente, unir, perpetuar uma relação” (Ferreira, 1986, p. 1.777). Chakkour (2001, p. 6), a partir de Pichon-Rivière (1982), conceituou vínculo como “o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, construindo a interação entre duas pessoas criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e a cada momento”. Criar vínculos, na visão de Merhy (1997), é ter relações tão próximas e tão claras que a equipe possa se sensibilizar com o sofrimento ou demanda dos usuários ou da população adstrita. Ou ainda:

“é o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se

tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário” (Merhy, 1997, p. 138).

Assim, podemos pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, Kloetzel (1999, p. 55) aponta que o médico deve gostar da sua profissão e interessar-se pela pessoa do paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna valioso instrumento de trabalho. A idéia de vínculo como uma relação terapêutica:

“[que] se prende tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, para que haja vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala, deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional-paciente adequadas” (Campos, 1994, p. 53).

A palavra “terapêutica” apresenta sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado, que, de acordo com Boff (1999, p. 33):

“Se revele numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de *com-vivência*, não de intervenção, mas de interação”.

O autor destaca também:

“cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999, p.34).

Para que ocorra seu fortalecimento, essa relação deve, a princípio, constituir-se num processo de terapêutica, ou seja, por si só, já ser considerado instrumento de terapia. Uma relação satisfatória deve levar em consideração questões como a escuta, a divisão de responsabilidades, o autoconhecimento (ou conhecimento do outro, por parte do profissional) e os elementos de transferência e contratransferência. A partir da proposta de se estabelecer uma relação efetiva e resolutiva quanto às demandas do paciente, é importante considerar a singularidade e a subjetividade de cada relacionamento entre profissional e paciente, o que pressupõe integração dinâmica de contextos diversificados, características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes. Por meio da escuta atenta, da aceitação incondicional em relação à pessoa do doente e da empatia – que é uma capacidade da esfera afetiva de se colocar no lugar do outro –, o profissional de saúde preenche grande parte das expectativas do doente.

Vários autores ligados à corrente da atenção centrada no paciente enfatizam a potência do vínculo na compreensão dos sofrimentos contextualizados na vivência do paciente, suas crenças, valores e expectativas (Stewart e Roter, 1989). Consideram fundamental a relação profissional-paciente para maior efetividade das intervenções propostas, proporcionando maior adesão à terapêutica e às medidas promocionais e preventivas. Starfield (2002, p. 291-301) e Weston e Brown (1989, p. 77-85) também apontam a continuidade como fator de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente.

Vínculo também implica *responsabilização*, que é o profissional assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal. O profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção (Merhy, 1997, p. 138). É, assim, sem dúvida, uma mudança de paradigma, pois, ao implementar mudanças que resultem em novo processo de trabalho, tendo como foco o sujeito, a tendência é o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos.

Rollo (1997, p. 324) considera essas questões como centrais, que devem ser enfrentadas na reconstrução das práticas assistenciais em saúde. Recorre a Campos (1991) para abordar a questão da alienação dos profissionais de saúde em relação a seu trabalho, que contribui para o baixo grau de responsabilização e criação de vínculo entre profissionais e usuários, revelando desapego em relação às condições de trabalho. Outro aspecto dessa alienação é a separação entre os membros da equipe de trabalho, em que cada um se ocupa de suas tarefas, havendo pouca integração entre as atividades. Impera, assim, a lógica da subordinação, ao invés da complementaridade na equipe multiprofissional.

No que concerne à *qualidade da atenção*, Donabedian, desde a década de 60, vem desenvolvendo estudos e pesquisas sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, que servem de paradigma nessa área (Vuori, 1991). Segundo Donabedian (1988), qualidade da atenção se define como o tratamento que é capaz de alcançar melhor equilíbrio entre os benefícios de saúde e os riscos. Fatores como custos monetários, assim como expectativas e valores do paciente, são considerados facilitadores ou obstáculos para alcançar o padrão de qualidade. Por outro lado, quatro componentes ou atributos da atenção prestada influenciam na qualidade: acesso, continuidade, coordenação e satisfação do paciente.

Para Donabedian, a qualidade da atenção médica se baseia na conduta do profissional na sua relação com o paciente. A conduta do profissional refere-se, no processo saúde-doença, aos cuidados técnicos (adequação do diagnóstico e da terapêutica), sócio-ambientais (atenção aos fatores de risco sociais e ambientais, da família e do trabalho) e psicológicos. Tais cuidados se integram com a coordenação e em continuidade.

A relação paciente-profissional, como já vimos, engloba a congruência de expectativas entre ambos, a adaptação e a flexibilidade, o trato equitativo e a manutenção máxima possível da autonomia do paciente, bem como a participação ativa do mesmo. Qualidade de atenção à saúde, para Starfield, significa:

“quando as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde” (Starfield, 2002, p. 419).

O termo *qualidade* também tem sido empregado em sentido amplo, envolvendo também a qualificação do pessoal, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde, bem como a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação de serviços. Starfield observa que a qualidade da atenção pode ser vista em duas perspectivas: clínica e populacional. Na perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto das ações dos profissionais de saúde, individualmente ou em grupo, sobre a saúde do usuário. Do ponto de vista da população, avaliam-se o acesso aos serviços, a disponibilidade da atenção e a capacidade de resolver ou contribuir para a solução de um amplo espectro de problemas, numa perspectiva integral da saúde.

Donabedian (1988) leva em conta que, para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pode-se tomar todos ou alguns dos componentes que conformam um programa: a estrutura, o processo e os resultados. A estrutura corresponde ao que é relativamente estável no sistema, isto é, todos os atributos – materiais e organizacionais – que permitem que uma unidade proporcione atenção: disponibilidade de instalações, equipamentos, recursos humanos. Deste modo, são classificados como estruturais todos os elementos relativos ao desenho institucional, à organização do sistema, ao elenco de ações ofertadas e à disponibilidade de recursos.

O processo refere-se ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos, ou seja, à produção do profissional de saúde. Verifica-se contato da população com os trabalhadores de saúde, o cuidado dos trabalhadores de saúde com o doente, desde a identificação de um problema, a

formulação de um diagnóstico, o tratamento e o posterior controle para verificação se o problema foi resolvido. À população competiria a utilização do serviço, sua aceitação, adesão ao tratamento e participação.

Os resultados são vistos como aqueles da atenção prestada, em particular, às mudanças produzidas no estado de saúde dos indivíduos atendidos ou às mudanças de comportamento, conhecimento ou satisfação dos usuários dos serviços – ou seja, o impacto sobre o estado de saúde da população (Donabedian, 1984, 1990; Hartz, 1997; Starfield, 1992; Sala, 1990).

A qualidade do serviço pressupõe a referência a um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvidas dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos, em termos de suas expectativas (Donabedian, 1984, 1988a, 1988b, 1990; Libério, 2001). A verificação de uma estrutura que garanta o funcionamento do serviço e os resultados epidemiológicos obtidos pelas ações desenvolvidas complementam a observação da qualidade na saúde.

Os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção se articulam, como visualizado na figura 1, na construção dos processos de trabalho e dos modelos tecnoassistenciais. Essa concepção nos permite pensar formas de operacionalizar a avaliação dos programas e serviços de saúde.

### 3. Considerações Metodológicas

As definições da avaliação são numerosas e sua taxonomia extensa. Optamos pela definição de Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 31):

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

A avaliação normativa, segundo Clemenhagen e Champagne (1986), é atividade comum numa organização ou num programa e corresponde às funções de controle e acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade. Já a avaliação normativa é:

“atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e, os resultados obtidos, com critérios e normas” (Contandriopoulos *et al.*, 1997, p. 34).

A avaliação normativa se apóia na construção de critérios e normas, que podem derivar dos resultados da pesquisa avaliativa ou de outro tipo de pesquisa. Hartz (1997, p. 35) destaca que todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe forte relação entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção.

A construção e validação de critérios permitem a apreciação dos diversos componentes de um programa. Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. A apreciação do processo de uma intervenção, visando a oferecer serviços para determinada clientela, pode ser decomposta em três dimensões: a técnica, a das relações interpessoais e a organizacional. A dimensão técnica dos serviços focaliza sua adequação às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços; a dimensão das relações interpessoais observa a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados, no apoio aos pacientes e na satisfação destes; a dimensão organizacional do processo diz respeito à acessibilidade aos serviços e à extensão de cobertura dos serviços oferecidos.

A pesquisa avaliativa, de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 37), é um procedimento que consiste em fazer julgamento *ex-post* da intervenção, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produção, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto, ajudando na tomada de decisões. Os autores afirmam que a pesquisa avaliativa consiste em usar várias estratégias e considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: estratégica, de intervenção, de produtividade, dos efeitos, de rendimento e da implantação. Pode-se, portanto, realizar uma ou várias dessas análises.

Destacamos, como abordagem privilegiada desta pesquisa, entre os modelos avaliativos propostos por Contandriopoulos *et al.* (1997), a análise de implantação das intervenções. Esta exige que se estabeleça um julgamento de adequação e integridade do funcionamento do programa, obtido pelos indicadores de cobertura, da qualidade das estruturas e dos processos envolvidos, coerentes com os princípios de avaliação da qualidade.

O estudo dos processos envolve abordagens múltiplas e em ambiente ambulatorial, como da Atenção Primária à Saúde. É dificultado pela relação mais esparsa entre usuários e profissionais e problemas de duração indeterminada, diferentemente da atenção hospitalar, em que o contato da equipe com o paciente é intenso e tem duração determinada.

Starfield apresenta várias abordagens metodológicas para avaliar o processo de atenção à saúde por equipes de atenção primária (2002, p. 428-452). Em grande parte dessas abordagens, utiliza-se a revisão de prontuários como fonte de informação e avaliação da qualidade na prestação de serviços. Cotejam-se as informações registradas nos prontuários com padrões preestabelecidos e avaliados como indicativos de boa atenção para alguns problemas selecionados. Observam-se algumas características da atenção nos problemas considerados importantes, especificamente para o controle dos mesmos, assim como outras características inespecíficas que são importantes para a atenção dos usuários em geral. Essa abordagem pode ser articulada com a abordagem dos traçadores, de Kessner *et al.*(1992).

Kessner *et al.* (1992) propõem que a avaliação seja restrita a certas condições ou patologias consideradas “representativas” (*tracer conditions* ou “traçadores”) das responsabilidades do sistema de assistência. A definição desses episódios incluiria todos os encontros para o manejo dos casos em que uma parte seja realizada por profissionais de saúde. O método possui a vantagem de poder combinar os elementos da avaliação do processo e do resultado da assistência. Para a escolha dos “traçadores representativos”, devemos considerar a prevalência do problema, a facilidade do diagnóstico e a disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida para prevenção e/ou tratamento.

Scochi (1996, p. 46) propõe uma adaptação, no sentido de se utilizar os traçadores para avaliação de programas. Procura identificar o cumprimento das normas consideradas adequadas para grupos especiais da população, ampliando o enfoque que se entende como possível para tratar não apenas patologias, mas ações de caráter preventivo. Nesse sentido, ampliam-se as possibilidades da proposta, bem como de avaliação de um maior número de atividades em relação ao cumprimento de normas e procedimentos.

A seleção de um ou mais programas, pela suposição de que o desempenho das outras atividades nas unidades de saúde é semelhante, permite identificar possíveis falhas nos serviços de saúde ofertados pela rede. Esse é um princípio geral que orienta a metodologia dos traçadores. A abordagem dos traçadores permite também analisar as situações do ponto de vista dos profissionais de saúde e da população.

A utilização de várias fontes, métodos e abordagens diferentes é exigência decorrente da complexidade do processo de avaliação em saúde. O entendimento sobre a importância dessa “pluralidade metodológica” possibilita a utilização de informações obtidas através de diferentes abordagens e contribui para ampliar o poder explicativo da avaliação. Para se obter uma visão mais ampla e consistente do objeto de estudo, busca-se lançar mão da “triangulação”, que “consiste na

combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas, através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados” (Minayo, 1999, p. 241).

Como exemplo, Mascarenhas (2003) utilizou, em estudos de caso de comunidades atendidas por modalidades distintas de Atenção Básica (unidade básica tradicional e módulo de médico de família): entrevistas com usuários portadores de condição traçadora (hipertensão arterial e pré-natal), entrevista com os profissionais e análise de prontuários, buscando validar os achados qualitativos com aqueles obtidos pela análise de implantação<sup>3</sup>.

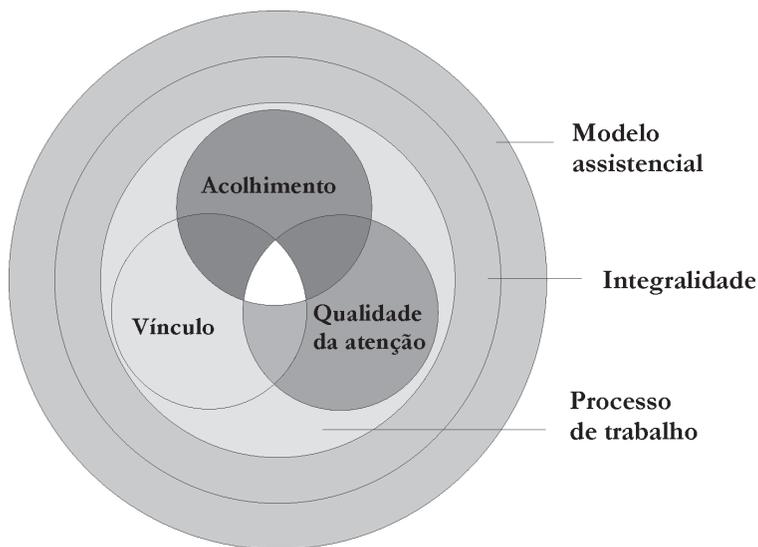
A execução da pesquisa avaliativa se processa com maior conforto e precisão de informações quando é feita por equipe de fora do cotidiano dos serviços avaliados. Entretanto, os métodos de coleta de informações, os conceitos que instrumentalizam a investigação e os resultados obtidos permitem uma apropriação, por parte das equipes locais, de ferramentas de avaliação de seu próprio trabalho, criando parâmetros para o acompanhamento e desenvolvimento de estratégias de qualificação da atenção à saúde. Exemplos disso são encontrados nas experiências do uso da ferramenta “fluxograma avaliador” proposta por Merhy *et al.* (1997) e operacionalizada por Menezes (1998) e Silva Júnior *et al.* (2003).

#### 4. Considerações Finais

A possibilidade de usar os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade de atenção, articulados e operacionalizados através da indagação aos múltiplos atores envolvidos no processo de atenção à saúde, permitiria inferir sobre a integralidade nessa atenção e verificar a direcionalidade da construção do modelo tecnoassistencial em coerência com os princípios do SUS.

Mais do que uma intervenção pontual de caráter avaliativo, a pesquisa avaliativa acrescenta instrumentos para pensar o cotidiano dos serviços, das práticas de seus profissionais e da relação com a população, numa visão autocrítica e estimulante de protagonismo desses atores.

**FIGURA 1** – Articulação dos conceitos atenção



**QUADRO 1** – Processo de trabalho: acolhimento

<b>Acolhimento</b>	
acesso	geográfico
	organizacional
postura	escuta
	atitude profissional-usuário
	relação intra-equipe
técnica	trabalho em equipe
	capacitação dos profissionais
	aquisição de tecnologias, saberes e práticas
reorientação de serviços	projeto institucional
	supervisão
	processo de trabalho

**QUADRO 2 –** Processo de trabalho: vínculo / responsabilização

<b>Vínculo / responsabilização</b>	
afetividade	gosto pela profissão
	interesse pela pessoa do paciente
	vínculo profissional-paciente
continuidade	expectativas e percepções do paciente
	aceitação e relacionamento de confiança
	adesão ao tratamento
	singularidade do paciente
relação terapêutica	eficácia do tratamento
	paciente como sujeito no processo de tratamento
	confiança profissional-paciente
	atitude de cuidado
	redução de abandono

**QUADRO 3 –** Processo de trabalho:  
percepção sobre a qualidade da atenção

<b>Percepção sobre a qualidade da atenção</b>	
conduta profissional	qualificação técnica
	cuidados técnicos/ sócio-ambientais
	continuidade do cuidado
relação profissional- paciente	satisfação
	expectativas
	adaptação/ flexibilidade
	satisfação

## Notas

- <sup>1</sup> Doutor em Saúde Pública; professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; pesquisador associado do LAPPIS.
- <sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública; professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; pesquisadora associada do LAPPIS.
- <sup>3</sup> Nos quadros 1, 2 e 3, resumimos o conjunto de indagações sistematizadas sobre o processo de trabalho, envolvendo acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção.

## Referências

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.
- CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, S. R. *Reforma dos modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim*. Belo Horizonte: SMS Betim, 1999. p. 1-16 .
- CAMPOS, G. W. de S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CLEMENHAGEN, C.; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for manager and clinical department heads. *Quality Review Bulletin*, v. 12, n. 11, p.383-387, 1986.
- CHAKKOUR, M. *Processo de trabalho em saúde : uma cartografia de fluxos e tempos trabalhador-centrados*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, UNICAMP, 2001.
- CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definición e método de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- \_\_\_\_\_. Veinte anos de investigación en torno de la calidad de la atención médica 1964-1984. *Salud Publica do Mexico*, v. 8, n. 3, p. 243-265, 1988a.
- \_\_\_\_\_. *The quality of care*. How can it be assessed? Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acessado em 11/11/2003, 1988b.
- \_\_\_\_\_. *The seven pillars of quality*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acessado em 11/11/2003, 1990
- FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. *Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário*. GERUS. Brasília: Ministério da Saúde/FNS/OPAS, 1995. p. 177-184.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <http://agua.datasus.gov.br/cns>. Acessado em 11/11/2003. 2000/
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.
- HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, 2000.
- KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, v. 288, n. 4, p. 189-194, 1973.
- KLOETZEL, K. *Medicina ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU, 1999.
- LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.
- LIBÉRIO, M. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental. *Revista Saúde em Foco / Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*. n. 21, p. 61-77, julho 2001.

- MALTA, D. *et al.* Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Org). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-159.
- MALTA, D.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado*. SAS/SGIS/Projeto REFORSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.69-101.
- MASCARENHAS, M. T. M. *Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.
- MENESES, C. S. *A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.
- MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.
- MERHY, E. E.; BUENO, W. S.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.
- PICHON-REVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Hucitec, 1982.
- ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCOCHI, M. J. *Municipalização e avaliação de qualidade dos serviços de saúde: uma análise localizada*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- SILVA JUNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Coord.). *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.
- \_\_\_\_\_. *Modelos technoassistencias em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998
- \_\_\_\_\_. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.(Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 113-128.
- STARFIELD, B. Medicion de los logros de la atencion primária. In: OPAS. *Investigacion sobre servicios de salud*, p. 761-765, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- STEWART, M.; ROTER, D. *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage, 1989.
- TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 3, p. 17-24, 1991.
- WESTON, W. W.; BROWN, J. B. The importance of patients' beliefs . In: STEWART, M.; ROTER, D. *Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage, 1989. p. 77-85.

## **PARTE IV**

# **Trabalho, Educação e Formação na Integralidade do Cuidado: processos de trabalho e de ensino nas práticas cotidianas em saúde**

# Equipe de Saúde: a Perspectiva *Entre-Disciplinar* na Produção dos Atos Terapêuticos

RICARDO BURG CECCIM<sup>1</sup>

## 1. Introdução

A grande área da saúde é integrada por profissões cujos núcleos de competências se organizam pelas práticas do assistir e por outras, cujos núcleos de competências integram as práticas de promoção da saúde. Refiro como distintos – em seus núcleos de competências – aqueles atos de saúde prestados às pessoas e os que são dirigidos às coletividades humanas. A imprecisão de limites entre os dois grupos, ou destes com outros grupos profissionais, se relaciona com a amplitude que se queira imprimir ao conceito de práticas de saúde ou de necessidades de saúde.

Neste artigo, quando me refiro às profissões de saúde, falo dos profissionais que, por força de formação e habilitação profissional, devem estar aptos para o assistir individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para a prestação de práticas integradas de saúde coletiva.

O processo educacional que visa à formação desses profissionais de saúde deve ter em vista tanto o desenvolvimento de capacidades gerais (identificadas com a grande área da saúde), quanto aquelas que constituem as especificidades de cada profissão. Entretanto, todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário-centrado.

Vale dizer que as propostas de formação e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional já estão colocadas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário. Prova disso é a constância da designação do trabalho em equipe em qualquer circunstância propositiva da elevação da qualidade do trabalho e da formação em saúde. A orientação de trabalho em equipe consta tanto das diretrizes para a formação dos profissionais (Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de

graduação da grande área da saúde), quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde (Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS).

Objetivamente, não está em negociação impor ou não a condição multiprofissional. Devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade. Resta-nos partir da admissão dessa condição, já de antemão, para *negociar* em cada realidade os modos, meios, processos e dinâmicas para sua efetivação. Para as lutas corporativas, entretanto, não será estranho recuar da condição para impor uma *negociação* mais dura, sobretudo no caso das profissões hegemônicas. Para estas, a forte reação a toda e qualquer ampliação de autonomia às profissões significa prorrogar vigências hegemônicas. Mesmo diante da aquisição de amplos domínios cognitivos e práticos nas várias profissões, há para as profissões hegemônicas que tentar se impor como supervisão, alimentando a noção de delegação e a manutenção de uma subordinação suposta. A técnica de opor-se à mudança é a técnica da manutenção, de preservação do mesmo, de reposição de instituídos, de exclusão do movimento. Protagonizar (ter a autoria) ou sedentarizar (não deixar sair do lugar)! A ação é política, não técnica. Tornar a negociação mais dura: disciplinarizar, escolher a fronteira, levantar mais altas as rugas que estriam o tecido social com racionalidades sedentárias e de exclusão da alteridade. Entretanto, não há como eliminar movimentos que já se desencadearam e já estão em processo.

Cada carreira, com sua lei de exercício profissional, seu currículo de habilitação técnica e sua participação no mercado das ocupações em saúde, segue o corte disciplinar que estrutura projetos de formação e de trabalho de maneira compartimentada e parciais. Uma das maneiras de estriar o tecido social e impor o sedentarismo à mudança é rivalizar competências e autonomias entre as profissões regulamentadas. Segundo a perspectiva da educação formal, nos tornamos profissionais de saúde como resultado de um percurso científico-curricular e de um processo progressivo de certificação técnico-profissionalizante (ensino superior) que nos autoriza o registro, junto aos conselhos profissionais, para o exercício de uma profissão regulamentada. É a partir, principalmente, do exercício profissional, mais que das políticas do trabalho, que domínios conceituais e práticos investem rivalidades disciplinares: corporativistas.

Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício

profissional e as do trabalho em saúde. Além do credenciamento formal, quais *intercessores* intervêm em nossa formação?

Estou chamando de intercessores o termo cunhado por Deleuze e Guattari para identificar o papel que cumprem os fatores de exposição, os operadores de realidade, os conceitos-ferramenta que nos são dados/nos mobilizam/nos agenciam para nos tornarmos profissionais. Segundo Deleuze (1992, p. 151-168), os intercessores são como interferências entre linhas melódicas estrangeiras umas às outras, fazendo-as percutir uma na outra. Intercessores não são agentes de trocas ou de iluminação das reflexões, são agentes de derivação ou de introdução da diferença. Intercessores podem ser pessoas, por exemplo, podem ser os artistas e os cientistas para um filósofo ou os filósofos e os artistas para um cientista, como também podem ser coisas, plantas e até animais, como em Castañeda<sup>2</sup>, que possibilitam a criação. Intercessores são interferências constituindo agenciamentos, convocações ou modos de sentir-pensar-querer e, aqui, nos servirão para qualificar os fatores de exposição a que somos apresentados para nos configurarmos profissionais de saúde. Que intercessores nos são dados para nos constituir terapeutas e equipe de saúde?

Como parte do esforço pela mudança na formação profissional, que enfoque a afirmação da vida de modo intrínseco aos atos de saúde, argumento aqui sobre a necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais, mas também sobre uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os usuários e com a equipe de saúde.

Deleuze (1992) busca Fraçois Ewald<sup>3</sup>, em relação à filosofia do direito, para mostrar que, acima das questões normativas do direito ou mesmo dos direitos, deve estar a jurisprudência. Tudo que é relativo à vida, as circunstâncias de vida, é questão de jurisprudência. “Não é de um comitê de sábios, comitê moral e pseudocompetente, que precisamos, mas de grupos de usuários”, afirma Deleuze (1992, p. 209). É da vida a criação de novas situações, a possibilidade de novos acontecimentos, por isso deve haver essa espécie de passagem do direito à política. Segundo o pensador, para as exigências éticas da vida, *a Lei* é uma noção vazia e *as leis* noções complacentes; *é a jurisprudência que é verdadeiramente criadora de direito*. Acima do Código Civil deveriam estar as coletâneas de jurisprudência.

## 2. O Projeto Multiprofissional e a Prática Terapêutica

Todo profissional de saúde, independentemente da habilitação técnica obtida como resultado de um curso de graduação na área, atua no âmbito terapêutico

– isto é, exerce práticas terapêuticas, busca a terapia das circunstâncias que geram a necessidade de uso das suas ações profissionais e dos serviços de saúde. Terapia (*therapêia*) significa trato cuidadoso, auxílio que habilite para a cura, guia para a autonomia e qualidade de vida, tratamento. Todo profissional de saúde, pela condição de terapeuta, deve deter, com apropriação e acurácia<sup>3</sup>, recursos e instrumentos de intervenção clínica. A clínica, como conhecimento sistematizado de sinais e sintomas e como experiência de atendimento em situações de adoecimento, nasce, justamente, à beira do leito (*kline*) – isto é, indica a prática do ato de assistir à beira do leito, por isso o ato dedicado de tratar/cuidar/escutar.

O que define um profissional de saúde é sua condição objetiva de *assistir*, sua habilitação técnica para a *clínica*, sua profissionalização para o *ato terapêutico*, sua dedicação ao *cuidar*. Uma profissão resultante de uma graduação universitária significa autorização para o respectivo ato profissional com a autonomia de uma habilitação técnico-científica, da aquisição de direitos e deveres, com a prerrogativa profissional, de responsabilização pela discriminação de necessidades e estabelecimento de condutas clínicas. A diferença que existe entre uma profissão técnico-científica e uma profissão técnica ou tecnológica é a mesma que faz distinção entre a educação superior e a educação profissional. À primeira compete o elevado pensamento científico e a construção intelectual de campos e núcleos específicos de saberes epistêmicos e pragmáticos (cursos de bacharelado nas áreas técnico-científicas e de licenciatura nas áreas do magistério). À segunda compete o elevado domínio prático de conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento do trabalho e a concretização de procedimentos para o melhor desempenho de saberes científicos e práticos (cursos de tecnólogos e de técnicos). Não se poderá supor, portanto, que diante da definição de um bacharelado, não se ateste/assegure o exercício autônomo de saberes e de práticas para marcar termo aos problemas da realidade (ler, interpretar e enfrentar propositivamente a realidade ou encetar o confronto criativo de perspectivas a uma dada realidade).

A terapêutica, bem sabemos, ocorre em vários planos e pode se realizar por intermédio de múltiplas categorias profissionais e múltiplos campos de conhecimento e de práticas, mesmo de outros setores da ação social (ensino, educação popular, educação física, arte, cultura, assistência social etc.). Do ponto de vista sócio-histórico ou psicoafetivo, com toda a certeza as práticas sociais menos identificadas com a assistência de saúde, *stricto sensu*, vêm obtendo maior êxito terapêutico. Igualmente, com maior probabilidade, acompanhando o pensamento de Naffah Neto (1994, p. 20), “a terapia estará acontecendo em espaços menos controlados pelos códigos instituídos”. Para Naffah Neto, um projeto terapêutico se realiza “em qualquer parte do corpo social onde alguém,

por alguma razão, esteja denunciando, colocando em xeque, valores que apequenem ou empobrecem a vida”. Entretanto, limitando-nos às ações objetivas de atenção clínica, capazes de prestar assistência tal como devida a cada problema – individualmente vivido –, identificaremos as ações próprias do setor da saúde e os atos profissionais de saúde, onde o efetivo exercício da clínica precisa se orientar pela integralidade da terapêutica.

Uma clínica orientada pela integralidade recairia utópica, idealizada e abstrata se – em cada ato profissional – viéssemos supor a capacidade de corresponder a todos os aspectos que envolvem a experiência concreta de adoecimentos, sofrimentos, padecimentos, aflição ou o sentimento de vida contrariada. Restamos desenvolver tecnologias de tratamento que respondam pela condição da integralidade, pela resolutividade das práticas assistenciais e pelos problemas de saúde, tal como experimentados em situações de vida.

Um projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade, entretanto, é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do concurso das diversas áreas de especialidade de uma profissão. Se cada profissão, para alcançar a potência da integralidade, viesse desenvolver-se em tantas especialidades quantas são as demandas por conhecimentos disciplinares, então teríamos uma única profissão em saúde, talvez com múltiplos tecnólogos incorporificando cada área de especialidade.

É certo que todas as profissões de saúde existem em um campo de saberes e de práticas que justificam a organização da clínica como prática com vigor terapêutico capaz de interferir no processo de ser saudável-adoecer-curar-se. O que caracteriza uma profissão é a existência de um núcleo de saberes e de práticas com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e formação, nos sistemas de exercício profissional e nos sistemas de trabalho. Apesar dos esforços em se flexibilizar as fronteiras disciplinares do conhecimento e da técnica, lembram Benevides de Barros e Passos (2000, p. 75-76) que o mais que se conseguiu, no melhor dos casos, nas últimas quatro décadas, foi o estabelecimento de um diálogo, este entabulado “entre profissionais mais identificados com tal ou qual disciplina, remetidos na maior parte das vezes, a determinados especialismos”.

Se a flexibilização se realiza por meio de variados procedimentos, conforme revelam os autores, temos tanto a multidisciplinaridade, movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, por sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares, como a interdisciplinaridade, movimento de criação de “uma zona de interseção entre (...) [as disciplinas], para a qual um objeto específico seria designado” (Benevides de Barros e Passos, 2000, p. 75-

76). O que se constata “como efeito, seja da multidisciplinaridade, seja da interdisciplinaridade”, conforme analisam os autores, “é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes”.

Indicando os *sujeitos* de saberes como os profissionais, escolho a tese de uma multiprofissionalidade que transportaria a noção de sujeito individual para a noção de equipe *desassujeitada* por saberes e práticas disciplinares individuais. Em uma margem, cada uma das identidades profissionais. Na outra margem, cada uma das outras identidades profissionais. Aceitando ativamente o ponto de partida de um trabalho em saúde, ordenado em práticas de profissionais de diferentes recortes epistêmicos e efetuações clínicas, e validando na realidade que qualquer desses recortes é limitado, tanto para exercer uma clínica da atenção integral, quanto para compreender toda sorte de conexões que um quadro fisiopatológico ou psicossocial estabelece como modos de acolher ou reagir ao andar da vida, estou reivindicando que nenhum profissional estará efetivamente aberto à alteridade e à aprendizagem de sentidos sem experimentar uma terceira margem. A possibilidade terapêutica estaria na terceira margem ou lugar mestiço.

João Paulo, editor de cultura do jornal *Estado de Minas*, ao interpretar o roteiro de Walter Salles Jr. para o filme *Diários de Motocicleta*<sup>5</sup>, chama sua crônica de *a terceira margem*, propondo que o roteirista mostra a união entre ética e estética na defesa da compreensão e imaginação como fundamentos da política. O crítico afirma que a qualidade do roteiro cinematográfico não está na tentativa de mostrar a articulação entre vida individual e projeto político ou coletivo (uma interseção), mas de mostrar um fluxo, o fluxo de um rio incontido entre suas três margens (João Paulo, 2004. p. 1).

A terceira margem é a da travessia, a da falta de identidade das margens, aquela que se torna *intempestivá* e não produto do *tempo das margens*. No filme, chegamos a ver o protagonista atravessando um rio, contra a correnteza e contra a crise de asma, afastando-se de uma margem onde a *clínica* pertence aos terapeutas profissionais e alcançando a margem onde a clínica é a dos usuários (doentes de hanseníase). A terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos (aqueles) e dos usuários (aqueles). Não é, portanto, a nova clínica, renovada e desejada, não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente. “Nem posto, nem oposto, incessantemente exposto” é a designação de Michel Serres (1993, p. 20). “Nesse meio-dia começo e termino ao mesmo tempo: passagem pelo lugar mestiço”, dirá o autor. Como propõe João Paulo, é uma utopia em movimento, é o *entre* onde “eros e logos conversam”.

Serres (1993, p. 12) afirma que “a verdadeira passagem ocorre no meio” é quando o nadador se encontra sozinho: “qualquer sentido que o nado tome, o

solo jaz a dezenas de metros sob o ventre ou a quilômetros atrás e na frente”. Eis a solidão, não a interseção. Acabam os domínios. Ao atravessar se aprenderá, certamente, “um segundo mundo, aquele para o qual se dirige, onde se fala outra língua”. Entretanto, a aprendizagem se inicia, sobretudo, num terceiro mundo, no qual em que somente o aprendiz transita. Este é que faz a mudança, que altera sentidos, que convoca a aprendizagem, que irrompe em alteridade, que honestamente busca contato com o outro.

A novidade que estou tentando entabular neste texto é a de uma ética *entre-disciplinar* à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde. No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Surge, então, a terceira margem, não a interseção da interdisciplinaridade, mas a emergência do *entre*. Não o desenho da interseção que constituiria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de *defasagem de si*, de *sensibilidade*, o que, no dizer de Serres (1993, p. 16), é “a possibilidade ou capacidade em todos os sentidos”. Para o autor, “lugar-meio onde se integram todas as direções” (p. 14). “A sensibilidade habita um lugar central e periférico: em forma de estrela” (p. 16). A sensibilidade é “a possibilidade ou capacidade infinita de aprender” (p. 44). A *defasagem de si* é o que Simondon (1964) chamou de aparecimento de fases, que são as fases do ser, desaparecimento do si mesmo ou disparo de um devir na ontogênese do ser. É necessário considerar o ser não como *sujeito* (substância, matéria ou forma compondo uma unidade singular do *si mesmo*, sujeito unitário), e sim como *subjetivação* para aceitar que a defasagem de si é a supersaturação inicial do ser homogêneo e sem devir que, em seguida devém, fazendo emergir indivíduo e meio, onde os equilíbrios são sucessivos e não identitários.

Proponho a *entre-disciplinaridade*, que deveria estar compreendida sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente.

Caberia ao desempenho das profissões de saúde o trânsito, atuar segundo sua circunscrição de saberes, mas orientando-se pela circunscrição dos saberes que o excede e sob o risco da sobrevivência em uma zona de fronteira, uma *margem* virtual no *entrel*, sítio de tensão e de indiscernimento, mas de aprendizagem e de invenção (de si, das fronteiras provisórias, da equipe e de novos mundos).

Cada profissão tem uma nascente e uma história de proveniência, emergência e reprodução, não conseguindo sobreviver sem a produção de conhecimentos e a prestação de serviços que a ela configurem a profundidade e a responsabilidade com a melhoria do estado de saúde, com a construção e o fortalecimento de instrumentos de intervenção e com a ampla porosidade aos usuários das ações e serviços de saúde. Essa condição não dá a nenhuma das profissões a soberania sobre a terapêutica, impõe o trabalho e a educação em equipe – por isso, um dos problemas acumulados no campo da educação dos profissionais de saúde é que ela não tem previsto e ensinado a trabalhar, a aprender e a aprender a trabalhar em equipe matricial.

Na zona de fronteira, não uma região de vizinhança ou de interseção, mas sítio de tensão pelo estranho expurgo do domínio autônomo e autogerido e do caráter privativo no uso de recursos e instrumentos terapêuticos, instaura-se a experiência de exílio das verdades que desenham as margens originais (os regimes de verdade que dão em profissões e aparatos profissionais disciplinares). Nesse lugar-meio encontra-se aquele que aprende, que entra em alteridade, que se depara com as fragilidades de cada referência profissional/disciplinar para dar respostas aos problemas concretos (do experimentar da vida), onde não é possível discernir qual atuação própria e privativa pode dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento, cura ou terapia necessária ao singular evento do assistir e à singular experiência de vida que se põe em cena.

### **3. Nascente da Equipe-Em-Nós: Multiprofissionalidade como Estética da Ética Entre-Disciplinar**

De uma expressão de Nietzsche, em *Além do bem e do mal*: “*l’effect c’est moi*”, Marton (1990, p. 33-34) nos ajuda a compreender a *inversão do platonismo* introduzida pelo autor na cultura estruturante do pensamento ocidental moderno. “Pensar o agir como decorrente do querer e postular um sujeito por trás da ação só é possível”, revela a autora, “quando se despreza o processo que leva uma vontade a tornar-se vencedora, fazer-se predominante”.

É da vontade que alcançou o sucesso que se infere uma causa: *o sujeito a quem seria facultado exercê-la*. Abandonando a suposição de um sujeito responsável pelo querer, se descobre outra *razão humana*: a *razão polifônica* ou *razão heterogenética* que se faz *entre* os homens e não *pelos* homens. É essa razão a única capaz de dar conta da organização complexa (caótica) do real e seus múltiplos campos de virtualidade, especialmente para pensar o vivo, o que não pode ser reificado.

Dessa forma, seguindo as proposições de um estado nômade na produção de conhecimentos e de práticas, conforme encetado por Deleuze e Guattari em seu *Tratado de nomadologia*, pode-se colocar em paralelo dois modelos teórico-práticos para a clínica profissionalizada: um modelo com sentido régio ou legal, estabelecido pela História, às ciências, e um modelo com sentido de devir e de heterogeneidade que se opõe ao estável, ao eterno, ao idêntico, ao constante. De um lado, o espaço *métrico* (conceitos verdadeiros); de outro, o espaço *vetorial* (campo de vetores).

Para Deleuze e Guattari (1997, p. 40-42), os dois modelos teórico-práticos caracterizam dois perfis de ciência: a *ciência régia*, aquela com poder teorematizado e axiomático e que subtrai todas as condições intuitivas de suas operações para forjar conceitos verdadeiros ou categorias capazes de erigir modelos estáveis; e as *ciências ambulantes*, que *consistem em seguir um fluxo num campo de vetores*, submetendo-se às avaliações sensíveis e sensitivas que produzem um *conhecimento aproximativo*. Esse conhecimento *aproximativo* impele à incessante problematização e é relativo a todo um conjunto de atividades coletivas, não somente às questões científicas – referindo-se ao movimento do conhecimento num espaço liso e nômade. Em oposição a esse espaço liso e nômade, está o espaço estriado e sedentário. O espaço estriado diz respeito à visibilidade ótica (*óptica*), ocupando-se do reconhecimento de fronteiras e da interposição de categorias analíticas. O espaço liso diz respeito à visibilidade *háptica* (visão tátil, ver/ouvir + sentir), ocupando-se do reconhecimento de zonas de vizinhança e de indiscernibilidade e das apreensões *páticas* (apreensão global por sensibilidade, *pathos*). As passagens entre estriado e liso são necessárias, mesmo que incertas, resolvidas por coeficientes de transformação que fazem a atualidade entre os conhecimentos prévios (regimes de verdade/ciência/razão sedentária) e as singularidades (sensibilidade/alteridade/razão nômade).

Se as relações teoria-prática são efetivamente complicadas, fragmentárias, parciais e se não há uma solução totalizadora possível, uma *tomada pragmática*<sup>8</sup> subordinaria os saberes teóricos às operações e condições da alteridade e da sensibilidade no exercício das práticas. Se a teoria é dita como a visão *distanciada e interpretativa* da complexidade da realidade, uma tomada pragmática colocaria em evidência uma visão *aproximada e intuitiva* (sensível) dessa realidade, menos dicotomizada da complexidade intangível (não menos real), ensejando o *possível* pela transferência de consistência ontológica entre intangível e concreto (Guattari, 1993, p. 77; Deleuze e Guattari, 1997, p. 203).

Podemos afirmar a multiprofissionalidade como uma tomada pragmática, uma vez que não existe e nem existirá o profissional da mais elevada capacidade

de cura/cuidado/escuta, como um deus profissional da atenção integral. Somente na equipe podemos supor a produção de um ato de saúde relativo ao problema concreto das necessidades em saúde, com os recortes *profissionais* da atenção. Não ocorrerá que profissionais possam adquirir responsabilidade institucional sobre a prestação da atenção terapêutica sem exercício de poderes institucionais na organização das práticas individuais e coletivas de saúde. Equipes hierarquizadas nos poderes burocráticos e administrativos de organização das práticas hierarquizam as responsabilidades individuais com o projeto terapêutico global de direito dos usuários das ações e serviços de saúde, em prejuízo desse direito.

Temos uma tensão permanente entre a força do *trabalho vivo* (Merhy, 1997, p. 100-105), com seu *potencial de criação*, e os *modelos* que buscam, ao cristalizar os processos de trabalho, *conformar os atores a determinados papéis*. Dessa *contradição* afloram possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou de criação de outros saberes, práticas e poderes. As *linhas de fuga* que são geradas na conformação de modelos devem ser exploradas pelo trabalho criativo em saúde, na experimentação de modos nômades de produzir saúde, em práticas terapêuticas mestiças com os usuários e *entre* a equipe, abrindo processos de subjetivação profissional, institucional e pessoal.

Em uma tomada pragmática da clínica, para que esta seja prática terapêutica, precisamos da oferta e da prestação direta dos saberes e práticas conformados em profissões de saúde (recortes profissionais), assim como mobilizar a intensa permeabilidade das fronteiras dessas conformações: não teremos o profissional único; não teremos elevada responsabilidade em profissionais subordinados e subalternizados (em prejuízo do poder técnico, do poder administrativo ou do poder político). Uma tomada pragmática implica aceitar ativamente a regulação *em/na equipe* de saúde, com amplos poderes às equipes locais (as equipes em projetos terapêuticos) para reconfigurar os recortes profissionais e produzir os atos de saúde, conforme requeridos em cada caso e em cada cena – isto é, em situação, com responsabilidade.

Campos (1997, p. 230) assegura-nos que o trabalho em saúde, para ser eficaz e resolutivo, “dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis”, seja pelas ações clínicas seja pelas ações de saúde coletiva. Benevides de Barros e Passos (2000, p. 76) afirmam que a clínica só pode ser concebida como transdisciplinar e, por isso, deve subverter o eixo de sustentação dos campos epistemológicos e sua estabilização em unidades disciplinares e em especialismos. Para os autores, a interseção é uma relação “de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro”; já a intercessão é uma relação de interferência entre domínios que se intercedem, desestabilizando um ao outro. Na primeira, a

tendência a uma nova identidade e uma nova estabilidade; na segunda, um processo de diferenciação que não tende à estabilidade: metaestabilidade.

Em um movimento *entre-disciplinar*, a equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva, constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em um desempenho protegido pela condição da equipe. A equipe comporia o tempo todo um sistema de práticas em aberto, relacionado mais a cada situação concreta e relativa a cada equipe ou local selecionado que a um sistema burocrático de divisão técnica do trabalho em situação abstrata de competências e habilidades por título profissional. A atenção gerenciada em cada equipe – a regulação em/na equipe – permitiria a invenção e a autorização de *desempenhos protegidos*, tendo como meta projetos terapêuticos responsáveis pela resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

A competência institucional da terapêutica profissionalizada, agora podemos afirmar, não depende apenas dos conhecimentos científicos das profissões, mas também dos conhecimentos aproximativos. Neste caso, depende da coragem das práticas criativas e inventivas, capazes de se deparar com o espaço liso da perda de domínios e das referências fortemente instituídas, para nomadizar com sensibilidade e responsabilidade pela prestação de curas, cuidados e escutas.

#### 4. Entre-Disciplinaridade e Trabalho Protegido

Cada profissão possui uma disciplina prática de interpretação do processo saúde-doença e uma qualidade de comunicação diferente com as histórias afetivas que configuram padecimentos, aflições ou demandas nos usuários individuais ou coletivos das ações e serviços de saúde. Cada plano profissional de ação terapêutica opera num *horizonte fabulatório* particular, projetando uma inscrição especificada de referências.

A imagem de um *horizonte fabulatório* correspondente à análise de Deleuze (1992, p. 157) sobre a fabulação bergsoniana<sup>9</sup> e serve-nos para propor o reconhecimento de que a verdade não é algo preexistente, mas algo com que operamos a montagem de acordos diante de idéias preestabelecidas. A fabulação é a proposição de uma maneira de compreender, é a configuração de um povo (sensitivo, discursivo, afetivo). Lembra Deleuze que, como na pesquisa científica, não existe verdade que não *falseie* idéias preestabelecidas. A fabulação constitui planos de consistência para a operação de efeitos de verdade (atual). Não mais a subordinação a uma verdade dada, mas a constituição de um plano de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento.

Como afirmei em publicação anterior (Ceccim, 1997, p. 30-31), seja na prestação de atendimento ou nas atividades de ensino, pesquisa e produção intelectual, seja nas atividades diretivas empreendidas no setor da saúde, ao tomarmos a “saúde como uma questão à prática social e assistencial dos profissionais de saúde”, destacamos seu compromisso ético de *afirmação da vida*, implicando “tematizar a construção da própria vida para pensar as ações que visam à qualidade de saúde (...)”.

Nossos atos técnicos atuam em conjugação com nossos atos discursivos, com as nossas práticas de acolhimento da diversidade e com nossas práticas de afirmação da vida. Nossos atos não concernem apenas a uma intervenção técnico-profissional quando se referem a pessoas ou fatos humanos, porque a vida subjetiva não cessa de engendrar-se, seja por *autopoiese* (Maturana e Varela, 1980 e 1995), seja por *heterogênese* mútua (Guattari, 1972 e 1993).

Se, ao nos perguntarmos sobre os processos de ensino e de exercício das profissões, nos perguntarmos sobre as práticas sociais de formação e de trabalho, não fará sentido, nas realidades em experimentação, voltar aos supostos objetos fundantes e sujeitos pré-dados, mas problematizarmos os movimentos instituintes dos processos de formação e de trabalho. Se todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para a operação de recursos e instrumentos terapêuticos, então ele deve poder ser responsabilizado por assistir em conjunto com sua equipe de organização da atenção à saúde. Reconhecer, validar e legitimar o assistir em conjunto desloca, definitivamente, o eixo corporativo-centrado das práticas profissionais de saúde, para o eixo usuário-centrado.

Em um eixo corporativo-centrado, a responsabilidade pelos atos de saúde pertence a cada profissional individualmente identificado com cada ação prestada ao usuário. Em um eixo usuário-centrado, a responsabilização gerada é para com o projeto terapêutico, tornando cada ato mais implicado com o direito à saúde de cada usuário, segundo uma jurisprudência usuário-centrada.

Quando Merhy (2002) recupera a noção de atos de saúde como atos comprometidos com as necessidades do usuário, analisa experiências propositivas tanto do desencadeamento de “processos mais conjuntos e partilhados na equipe quanto do melhoramento da eficácia e adequabilidade da ação específica” com as práticas usuário-centradas. Destaca que se deve assumir e reconhecer “que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras”. Para o autor, “sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras” (Merhy, 2002, p. 131). Experiências de formação que não coloquem a equipe, não a prevejam, nem a afirmem, não podem

produzir o corpo da equipe, apenas as corporações, constituindo os campos de conhecimento e de trabalho em disciplinas práticas ou práticas disciplinares.

Confrontando os processos de formação e de trabalho em seus aspectos régio-científicos (tecnicistas e disciplinares), coloca-se em cena a atuação clínica como construção coletiva e cotidiana realizada no dia-a-dia ambulante das atuações em saúde (mestiças e nômades), produzindo tanto estratégias de práticas terapêuticas em situação quanto inventando práticas que afirmem a criação coletiva de alternativas. São alternativas criativas aos processos organizativos que instituem a atenção, com foco nas organizações de saúde, nas corporações, nas rotinas de cuidado, nos protocolos assistenciais ou nas técnicas *armadas* de diagnóstico e tratamento e não nos usuários, nas práticas cuidadoras, nos atos curativos, na qualidade da escuta.

A equipe multiprofissional, vertida em território de experimentação, deveria ser objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes e práticas e de transformações. Como lugar de experimentação, experiência, apropriação e de transformações e, sendo o território de responsabilização pela terapêutica, a equipe deve ser cenário de proteção e não de ameaças, invenção do trabalho protegido e não reposição de rivalidades corporativas. Em lugar do caráter restritivo do trabalho entre múltiplos profissionais, o desafio do trabalho protegido pela equipe multiprofissional.

Mediante a intercessão entre-disciplinar, o trabalho protegido gera matriciamentos e interdisciplinaridade, com alargamento das resolutividades individualizadas em profissões, constituindo o tramado matricial necessário para a realização das finalidades de cada projeto terapêutico. Fora da equipe não há matriciamento e não há trabalho protegido, restando à responsabilidade profissional individual o percurso por seus regulamentos corporativos.

A disciplinaridade individualiza, a ética entre-disciplinar desindividualiza, investindo na estética da equipe multiprofissional. Uma relação do tipo agenciamento profissional-equipe ou do tipo intercessão entre-disciplinar processa trabalhos protegidos, uma clínica nômade e a possibilidade de novos Universos de referência.

Uma vez posta em ato, a equipe multiprofissional no trabalho e na educação na saúde inventará novos espaços-tempos e possibilitará fabulações a partir das práticas e discursos minoritários (não-hegemônicos ou contra-hegemônicos) que, então, poderão constituir planos de consistência e experimentações. O trabalho e a educação em equipe multiprofissional de saúde, se já estão colocados e não mais podem ser revertidos em nome da melhor clínica/da melhor prática terapêutica/do melhor cuidado à saúde/da melhor escuta, tampouco serão

contidos pelos maiores esforços de tecnocratização, de estipulação de regimes e regulamentos corporativos.

Campos (1997, p. 230) demonstra-nos que a tendência corporativa dos profissionais de saúde, a degradação da clínica pela medicina de mercado e a burocratização das organizações de saúde têm-nos legado limitada capacidade de resolver problemas por parte dos serviços de saúde, alienação e descompromisso com a cura ou com a promoção de saúde. Essa degradação, conforme o autor, não mais se expressa como exceção à regra, mas quase constitui uma marca da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral.

Capozolo (2003, p. 64-65) apresenta-nos, como característica da clínica hegemônica o desenvolvimento tecnológico e a capacidade de *normatizar* um número cada vez maior de aspectos da vida do homem, não de *nomadizar* por uma clínica nômade, como desejaria Ferla (2002). Por ser uma atenção centrada em procedimentos, nos termos de Capozolo (2003, p. 71), essa clínica pouco considera as diversas dimensões presentes nos processos de adoecimento, mostrando-se de baixa qualidade e resolubilidade. Para a autora, essa clínica às vezes chega a ser iatrogênica, bem como reitera a dependência aos serviços de saúde. Para Capozolo, faz-se necessário construir novas formas de relação com os usuários, com os demais profissionais e com o trabalho. Ferla (2002, p. 345) diz que é preciso, ainda, desterritorializar essa clínica, tornando-a nômade, “não mais ancorada na racionalidade cognitivo-instrumental própria da medicina científica, mas em compromisso político com a afirmação da vida”.

Merhy (2002, p. 133) nos exemplifica em bases empíricas que “gerencialmente é possível matriciar toda a organização de saúde”, sendo possível construir a figura do *gestor do cuidado*. Este, para o autor, “poderá ou não ser médico, mas será um cuidador” (um terapeuta). Ferla (2002) se refere a uma *pedagogia médica mestiça* ao também defender uma clínica nômade por seu encontro (intercessão) com a gestão de ações, serviços e sistema de saúde e com o usuário de maneira ordenadora das práticas de atenção integral à saúde. O gestor do cuidado/gestor da terapêutica/terapeuta responsável responde pela organização da prática terapêutica usuário-centrada perante o estabelecimento de saúde, operando o encontro de várias práticas terapêuticas profissionais no projeto terapêutico individual, seja atuando em atos compartilhados, seja prestando práticas profissionais bem definidas, segundo variadas condições de práticas protegidas (sob orientação, sob negociação, sob condução à distância, sob acordos coletivos, sob acordos de linhas melódicas distintas), sem prejuízo à independência das decisões.

## 5. Conclusão

Não existirá um modelo à ética entre-disciplinar para o exercício entre as profissões de saúde, exceto a estética multiprofissional, esta como um *território de exposição*. Cada disciplina prática possui tanto uma qualidade de interação quanto uma produção de efeito diferente diante do cuidado/escuta/tratamento. Interessa à ética entre-disciplinar desenvolver um horizonte fabulatório singular às equipes multiprofissionais, viabilizando a composição e a associação interdisciplinar, mas sem subordinação, nem a um equivalente geral hegemônico e nem a um gestor hierárquico dos projetos terapêuticos. Uma interdisciplinaridade *sem unidade possível*. Unificar o diverso sob um equivalente geral ou subordiná-lo a um só princípio organizador aniquilaria a potência dos modos díspares em compor a atenção integral à saúde e em compor-se à pluralidade; uma unidade seria um novo fechamento. É a estética da equipe multiprofissional que alivia esse paradoxo e viabiliza a terapêutica como clínica nômade.

A equipe multiprofissional, como território de exposição, não requer a supressão da pluralidade, requer não um opor-se, mas um expor-se. Contato com a alteridade, sensibilidade e desenvolvimento de conhecimentos aproximativos e intuitivos atuais são o mote para a estética multiprofissional. A equipe multiprofissional requer o entrelaçamento da auto-poiese e da heterogênesse mútua. Movendo argumentos de responsabilidade e integralidade da atenção, em lugar de rotinas normativas e parcelização técnico-burocrática do trabalho, propus a entre-disciplina, zona de fronteira e de intercessões das práticas disciplinares, umas às outras, diferenciando-se cada uma de forma viva.

Segundo Foucault (1988, p. 125-200), a partir do século XVIII, um mecanismo de tecnologia política, o poder disciplinar ou disciplina, teria na instauração da intervenção médica sobre os indivíduos e as doenças e na assistência hospitalar a construção histórica da hegemonia médica. Observamos também, ao longo da modernidade, a construção de fronteiras rígidas no interior dos campos de conhecimento, originando diversas disciplinas práticas ou grupos corporativos. A contemporaneidade reintroduziu a complexidade e a necessidade de devolver ao usuário o lugar de centro ordenador da produção de práticas terapêuticas.

Seguindo as ponderações de Guattari (1992, p. 13-23), podemos afirmar que os atos técnicos, tanto quanto os atos fabulatórios (de inscrição), são determinantes dos agenciamentos coletivos de enunciação e da produção das qualidades do ser, “o melhor é a criação, a invenção de novos Universos de referência”. Agenciamentos coletivos de enunciação informam elaborações cognitivas

inseparáveis do engajamento humano e da escolha de valores implicados em mudanças, mas – ainda acompanhando as ponderações do autor – pode-se apontar que a história recente dos movimentos autonomistas e de reivindicação às singularidades têm-se revelado movimento de reterritorialização conservadora.

A mistura de apegos (arcaizantes) às racionalidades tradicionais com aspirações à modernidade tecnológica e científica registra uma ambigüidade total. Guattari revela-nos, então, com força, que a ética e a política não concernem apenas à dimensão humana ou de um certo subjetivismo das relações, mas à relação com o mundo. Que mundo ajudamos a inventar e a fazer existir com nossos atos técnicos, com nossas ações de gestão, com nossas práticas de colaboração e de comunicação, com nossas atitudes de participação e de contribuição aos coletivos?

Nossa *equipe* tem o objetivo de desenvolver um ambiente de comunicação ou tenta, também, criar instâncias locais de subjetivação coletiva? A que perspectiva da clínica correspondem nossas práticas? Escolhemos processos de autonomização capazes de tornar possíveis os esforços de qualidade no cuidado/escuta/tratamento ou trabalhamos para endurecer rivalidades, disciplinas práticas e subordinações?

Em um trabalho e uma educação da equipe de saúde, a necessidade da multiprofissionalidade e a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos desafiam os modos disruptores das práticas de pensamento e de operação profissional científicas – portanto, desafiam os modos coincidentes, com a integralidade da atenção. A escolha de uma *perspectiva*, e não de um *paradigma substitutivo*, serve para interrogar nossas práticas, colocar-nos ativos na composição de planos de consistência ao ordenamento das equipes de saúde (cada equipe usuário-centrada) e à organização do ensino orientado pelo desenvolvimento das capacidades sensíveis e de problematização.

Para as diretrizes curriculares nacionais, como para a norma operacional básica de recursos humanos do SUS, três são os princípios ordenadores do trabalho e da educação dos profissionais de saúde: orientar-se pelo sistema de saúde vigente (conhecer e valorizar seus princípios, dominar e pautar-se por seus valores pactuados pela sociedade na legislação correspondente), pelo trabalho em equipe (preservar e respeitar a atuação em equipe multiprofissional, trabalhando pela regulação, *in acto*, dos atos profissionais e não pela vigência arcaica de modelos fragmentários e parcelizados) e pelo atendimento integral à saúde (o respeito aos usuários como atores em histórias de vida, histórias familiares e histórias culturais e a organização de práticas sem dicotomia ou barreira entre ações de prevenção e promoção e ações de cura e reabilitação em saúde).

A ética entre-disciplinar, na estética multiprofissional, se relaciona com os atos terapêuticos como uma política da integralidade em saúde. Voltando para a questão inicial, da perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos justificando a equipe de saúde como multiprofissional, recolocamos, para finalizar, a interrogação sobre quais intercessores intervêm por nossa formação.

Se os atos terapêuticos são, como apresentamos, atos de cuidado, escuta e tratamento, três são os intercessores, os fatores de exposição obrigatórios, as interfaces que precisam prover a formação em saúde: a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida (cuidado, tratamento e escuta como potências de invenção, como critério dos valores da atenção à saúde, como constituição de sentidos expansivos da vida e das aprendizagens para a autoprodução de si e do mundo, produção de sensações e sentimentos relativos ao assistir como um ato de *zelo com o outro* e de *olhar pelo outro* ao exercer a atenção de saúde).

Enfim, propor a ética entre-disciplinar à estética multiprofissional, propor o trabalho e a educação na saúde com características multiprofissionais, sob a condição de disruptura com a disciplinarização, não é uma utopia ou abstração. É o desafio de pautar o modo como se organiza e *professa* cada ato profissional e o processo de trabalho em cada equipe real, sob a perspectiva *usuário-centrada* e *equipe local-centrada*<sup>10</sup>. É, ainda, o desafio de pautar as propostas de condução institucional, a perspectiva de administração dos sistemas e dos serviços de saúde e sua lógica ou racionalidade na configuração da atenção e da gestão em saúde.

Em *Atendimento integral como escuta da gestão do SUS*, Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) interpretam a diretriz constitucional *integralidade* como eixo, não só da atenção, como da gestão em saúde, permitindo a transformação do projeto setorial e o surgimento de novas práticas pedagógicas e inovadoras estratégias institucionais.

Finalmente, a clínica nômade não dissocia atenção e gestão, participação dos usuários e educação permanente, trabalho e formação na intercessão da alteridade com os usuários, da exposição à equipe e da afirmação da vida. Uma clínica nômade interroga a atenção e a gestão sobre o acolhimento dos interesses dos usuários e as estratégias de garantia desse acolhimento, bem como sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante de seu processo de ser saudável-adoecer-curar-se e as políticas de viabilização desse direito. Como afirma Merhy (1997, p. 149), sempre os interesses privados dos usuários, nunca os interesses privados das corporações profissionais, dos dirigentes ou outros. Cabe ressaltar: dos interesses dos usuários *em situação* e não supostos e nem os difusos nas instâncias de controle social do sistema de saúde.

Essa é uma pauta ética, mais que legal, que resulta da mestiçagem e do aprendizado com os problemas de saúde, como experimentados em situações de vida e terapêuticas, nas quais usuários e profissionais estão diante de *confiar que são/desejarem ser* guias para a autonomia e qualidade de vida e de *sentir-se recebendo/saber-se ofertando* auxílio que habilite para a cura.

Coloco, então, a produção dos cenários profissionais, lançada sobre a produção dos cenários de trabalho, institucionais e pessoais, processando trabalhos protegidos, uma clínica nômade e a possibilidade de novos Universos de referência, interessados da ética entre-disciplinar na equipe multiprofissional de saúde.

## Notas

- <sup>1</sup> Sanitarista; mestre e doutor em Educação e Saúde; professor de Educação em Saúde no Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde.
- <sup>2</sup> Carlos Castañeda: *A erva do diabo*, *Uma estranha realidade* e *Viagem a Ixtlan*, entre outros.
- <sup>3</sup> François Ewald: *Foucault: a norma e direito*.
- <sup>4</sup> Acurácia significa exatidão; acurar é verbo que indica tratar de pessoa com cuidado, com desvelo ou interesse, cuidar de. Ver *Aurélio, Dicionário Básico da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. Proponho a expressão *acurácia* como significação linguística para a condição de *elevada capacidade de acurar*.
- <sup>5</sup> Narrativa da viagem de moto empreendida por Ernesto *Che* Guevara e Alberto Granado, da Argentina à Venezuela, no início dos anos 1950, anos antes de o jovem estudante de medicina tornar-se liderança revolucionária em nosso continente.
- <sup>6</sup> O *intempetivo* é uma formulação de Nietzsche: tempo do pensamento; tempo do devir, não o tempo da verdade, mas o tempo do sentido e do valor (Pelbart, 1998, p. 107-108).
- <sup>7</sup> *Entre-deux*, *intermezzo*, *entreacto*, entrecena. Trata-se não de uma mescla ou interseção, mas de uma relação necessária entre dois termos que surge como exterior aos mesmos.
- <sup>8</sup> Expressão de Guattari (1993, p. 75).
- <sup>9</sup> Henri Bergson: *Matéria e memória*.
- <sup>10</sup> Olinda Maria de Fátima Lechman Saldanha propôs a designação *equipes municipais de saúde* para se referir às equipes multiprofissionais referidas a um sistema de saúde desde o qual são responsáveis pela escuta, cuidado e tratamento.

## Referências

- ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.
- BENEVIDES DE BARROS, R. D.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-80, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS*. 2 ed. rev. e atual., 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-86. (*Saúde em Debate*, 73).

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Textos en español e português. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266. (*Saúde em Debate*, 108).

CAPOZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Campinas, 2003.

CECCIM, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Org). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: EDUFRGS, 1997. p. 27-41.

DELEUZE, G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. (*Trans*).

\_\_\_\_\_; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 5. (*Trans*).

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003. p. 61-88.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1988.

GUATTARI, F. *Psychanalyse et transversalité*. Paris: Maspero, 1972.

\_\_\_\_\_. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993. (*Trans*).

JOÃO PAULO. A terceira margem: em Diários de Motocicleta, Walter Salles mostra união entre ética e estética, na defesa da compreensão como fundamento da política. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 29 mai. 2004. Pensar, p. 1.

MARTON, S. *Nietzsche: das forças cósmicas aos valores humanos*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Textos en español e português. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (*Saúde em Debate*, 73).

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. (*Saúde em debate*, 145).

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. *et al*. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Textos en español e português. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-160. (*Saúde em Debate*, 73).

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Workshopsy, 1995.

\_\_\_\_\_. *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht: D. Reidel, 1980.

Ricardo Burg Ceccim

NAFFAH NETO, A. *A psicoterapia em busca de Dioniso: Nietzsche visita Freud*. São Paulo: EDUC, 1994. (*Linhas de Fuga*).

PELBART, P. P. *O tempo não reconciliado*. São Paulo: Perspectiva, 1998. (*Estudos*, 160).

SALDANHA, O. M. F. L. *Psicologia e saúde: problematizando o trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 2003.

SERRES, M. *Filosofia mestiça = Le tiers-instruit*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

SIMONDON, G. *L'individu et sa genèse physico-biologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1964.

# Educação em Saúde, Cuidado e Integralidade. De fatos sociais totais e éticas

OCTAVIO BONET<sup>1</sup>

*Entre uma lesão literal e um tropeço literário há muito espaço para um coração partido.*  
Richard Shweder. *Thinking through cultures*

## 1. Introdução

A epígrafe que abre este trabalho pretende mostrar o jogo permanente em que estão envolvidos os significados na vida cotidiana. Esse jogo pode ser representado como incessantes negociações entre os indivíduos e os grupos sociais que deles fazem parte. Marshall Sahlins, em seu livro *Ilhas de história*, desenvolveu a idéia dos “riscos das categorias na ação”, que faz alusão ao fato de que os significados culturais estão sobrecarregados “pelo mundo”. Os significados das categorias são alterados pela ação ativa dos agentes perseguindo seus próprios interesses, sejam eles interesses pessoais ou do seu grupo (Sahlins, 1990).

Neste trabalho, o ponto de partida será a idéia do *risco das categorias*. Assim, quando se fala em “cuidados integrais” ou “educação em saúde”, estamos atualizando alguns dos múltiplos significados possíveis dessas categorias. Poderíamos começar com as seguintes questões: quais os significados que estão fundamentando os cuidados integrais e as práticas de educação em saúde em cada contexto específico? Ou também, quais seriam as conseqüências práticas de utilizar um significado ou outro da educação em saúde?

Quando realizamos a associação entre educação em saúde e cuidados integrais, nos confrontamos com questões muito instigantes, em razão da importância das conseqüências para os indivíduos e para os grupos que se formam em diferentes contextos de sociabilidade. O objetivo deste trabalho é pensar as conseqüências dessa associação, através das relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e a população a que estão dirigidas as práticas de cuidados integrais. Para analisar esses encontros cotidianos, nos quais há necessidade de colocar em

prática uma visão integral, utilizaremos o conceito de *fato social total*, em relação ao qual desenvolveremos a importância do conceito de integralidade como fator de integração, e a concepção das duas éticas, a da convicção e a da responsabilidade, que se apresentam como uma escolha na prática.

Tendo em conta o conceito do *risco das categorias* no seu uso, temos que aceitar que este trabalho também está atualizando alguns dos significados possíveis das categorias que integram seu título. E esse é o sentido das aspas. Não estamos tentando esgotar as possibilidades de significação dos conceitos de que nos ocupamos, nem de mapear as diferentes posições que existem, por exemplo, no campo da educação em saúde, mas carregando as categorias com alguns dos mundos possíveis, pensando algumas das relações admissíveis entre categorias e suas conseqüências na vida das pessoas.

## 2. Fato Social Total e Integralidade

Mattos (2001) e Camargo Jr. (2003) têm expressado o caráter polissêmico da categoria integralidade. Ambos coincidem em mostrar a existência de diferentes contextos de uso em que se poderia encontrá-la operando: seja nos discursos das organizações internacionais associadas à saúde (onde aparece relacionada à APS e à promoção da saúde), passando pelos programas do Ministério da Saúde (onde atua como um dos princípios estruturadores), até sua aparição nos discursos acadêmicos que discutem as formas de atenção da saúde.

Em um desses contextos de uso, Mattos ressalta que a categoria de integralidade estaria associada a uma prática médica, a chamada medicina integral, e passaria a ser sinônimo de uma “boa medicina” (Mattos, 2001). Este sentido é interessante, porque nele se manifesta a oposição entre medicina reducionista / medicina integral. A medicina integral se delinea como uma forma de superar os problemas causados por essa atitude reducionista de base flexneriana. Nesse sentido, a integralidade é apresentada como “uma atitude dos médicos que se caracterizaria pela recusa a reduzir o paciente a um aparelho ou a um sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste” (Mattos, 2001, p. 45). Vemos que, desta forma, a integralidade se situaria como condição necessária para uma prática médica superadora do reducionismo biologicista da biomedicina<sup>2</sup>.

No trabalho de Teixeira (2003), a preocupação com a integralidade está associada à idéia de “juntar” partes que foram separadas anteriormente:

“como há muita coisa cindida, separada, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que

partes devem ser primordialmente integradas (...). Assim, para cada concepção da integralidade, há uma concepção da cisão” (Teixeira 2003, p. 90).

E seguidamente se pergunta “que ‘partes’ temos nos proposto a juntar? Que ‘todos’ temos nos proposto a recompor” (Teixeira 2003, p. 90). Se já era problemático dar uma definição de integralidade, agora se soma a dificuldade da pergunta pelos componentes que se busca integrar; a pergunta é agora sobre as características das totalidades com que estamos lidando.

A primeira dimensão problemática da questão, a definição do conceito de integralidade, talvez derive da busca por uma definição. A imprecisão do termo deriva dos diferentes contextos e dos diversos usos a que o termo é submetido (como descrito pelos autores mencionados acima), mas poderíamos pensar que a importância do termo é uma consequência da própria indefinição ou, em outras palavras, das diferentes possibilidades de significação.

Os antropólogos têm-se enfrentado no estudo das sociedades primitivas com categorias que apresentam o mesmo problema que encontramos no conceito de integralidade. Uma dessas categorias é a de “mana”. No seu trabalho sobre a magia, Marcel Mauss (1974) mostra como a noção de mana pode ser uma força, um ser, uma qualidade ou um estado:

“A palavra subentende uma massa de idéias que designaríamos pelas expressões: poder de feiticeiro, qualidade mágica de uma coisa, ser mágico, posse do poder mágico, ser encantado, agir magicamente; ela apresenta reunidas em um único vocábulo uma série de noções cujo parentesco entrevimos, mas que nos eram dadas separadamente e realiza essa confusão que na magia nos pareceu ser fundamental, entre o agente, o rito e as coisas” (Mauss 1974, p. 138).

O mana, ao produzir essa confusão, união entre o mágico, as representações mágicas e o grupo no qual o ato mágico está sendo realizado, possibilita a eficácia da magia. Permite pensar a magia como um sistema, dado que não funcionaria sem a presença de todos os seus componentes. A eficácia do mágico não está nas características específicas do indivíduo, mas em que seus atos tenham significado especial para o grupo que o denomina de mágico.

Baseando-se nos desenvolvimentos de Mauss, Lévi-Strauss oferece uma nova interpretação da categoria mana, mais útil para a presente argumentação. Para ele, as noções semelhantes às de mana atuam

“como símbolos algébricos, para representar um valor indeterminado de significação, em si mesmo desprovido de sentido e, portanto, susceptível de receber qualquer sentido, cuja única função é suprir um desvio entre o significado e o significante” (Lévi-Strauss 1974, p. 30).

A noção de mana representaria um significante flutuante; seria um valor simbólico zero, ou seja, um significante que assinala a necessidade de um conteúdo

simbólico suplementar daquele que já carrega o significado da coisa significada. É nesse sentido que poderíamos dizer que a indefinição do significante “integralidade” fundamenta sua importância. Esse significante nos lembra permanentemente que estamos lidando com sistemas e, por isso mesmo, com relações ordenadas entre elementos. A integralidade fundamentaria a união dessa totalidade. Mas fica ainda sem responder à pergunta de Teixeira: de que tipo de totalidade estamos falando?

Para começar a tentar responder essa pergunta, podemos novamente recorrer a Mauss, no seu seminal ensaio sobre o dom (1974). Mauss propõe o conceito de *fato social total*; isto é, de que “todos os fatos que estudamos são fenômenos ao mesmo tempo jurídicos, econômicos, religiosos e, inclusive, estéticos e morfológicos” (Mauss 1974, p. 41). Temos que tentar olhar para os fenômenos sociais de todas as perspectivas possíveis.

A totalidade que representa o dom é, na verdade, um ciclo dinâmico de fatos que, além do próprio dom, inclui o receber e o retribuir. Assim, o dom é “um processo triádico no qual o funcionamento é garantido pela coesão de suas diferentes dimensões” (Karsenti 1997, p. 403). Esses três atos recebem sua eficácia pela sua inclusão num sistema, cuja função reside nas obrigações que instaura, em fazer circular elementos que têm valor simbólico. O que fundamenta o sistema é a troca que o instaura, e com ela os indivíduos são incorporados em laços sociais que os sobrescrevem.

Lévi-Strauss retoma a idéia de que os fatos sociais estão incorporados em um sistema e isso implica que estejam encamados em uma experiência individual e em uma “*antropologia*, isto é, um sistema de interpretação que simultaneamente considere os aspectos físico, fisiológico, psíquico e sociológico de todas as condutas” (Lévi-Strauss 1974, p. 14 – grifo no original). Portanto, o fato social total se cristalizará com um caráter tridimensional, fazendo coincidir seus aspectos sincrônicos e diacrônicos e a dimensão físico-psíquica. Segundo Lévi-Strauss, essa conjunção só se dá nos indivíduos.

A necessária inclusão dos indivíduos nos conduz aos desenvolvimentos de Bourdieu (1991), ao incorporar a idéia de estratégia. Isto alude ao fato de que, embora constitua uma obrigação, o retribuir ou *contradom* não tem uma relação mecânica com o dom. Entre o dom / *contradom* inclui-se a estratégia que se manifesta como incerteza, porque a relação se estabelece no tempo. E esse tempo permite o jogo entre os agentes.

No jogo estratégico dos agentes, a introdução do tempo esconde a totalidade do sistema, escondendo a fundamental relação entre os três elementos do sistema. Desse modo, o jogo não se apresenta realmente, mas será reconstruído no decorrer

das inter-relações cotidianas. Queremos propor que é a idéia de *integralidade* atuando como operador lógico entre os elementos do sistema que produz a integração dos componentes dessa totalidade. É ela que nos alerta para a necessidade de lembrar permanentemente que temos que tentar alcançá-la. A integralidade será, assim, um fato, uma busca e um ideal.

Esse fato social total que a integralidade permite entender é o “ato de cuidar”. É a situação social em que estão incluídos tanto o agente provedor e o receptor dos cuidados, quanto os sistemas simbólicos a partir dos quais cada um avalia e analisa a interação social que os envolve.

### 3. Do Ato de Curar ao Ato de Cuidar. A Introdução da Educação em Saúde

Oyarbide, em seu texto *Educar e curar* (1996), faz um estudo sobre o diálogo cultural na APS, num centro de saúde de uma localidade perto de Bilbao, Espanha. Nele desenvolve a idéia de que uma das tendências atuais na medicina seria a passagem de uma medicina intervencionista para uma medicina naturalista. Embora aceite que em toda prática médica encontraríamos elementos das duas, na primeira, entre outras características, o paciente seria considerado um objeto técnico e inserido numa relação hierárquica; na segunda, a individualidade do paciente é fundamental para entender sua relação com a doença, que será associada a um equilíbrio interior do sujeito concreto. Posteriormente, Oyarbide assinala que os tratamentos com ênfase nesse naturalismo (que estariam associados à APS) trazem uma mudança de objetivos:

“o objetivo já não tem que ser exclusivamente a cura, como desaparecimento da doença, mas enquadrar uma situação em margens e parâmetros cientificamente toleráveis e controláveis, variáveis para cada situação diagnosticada. Isto se afasta das pautas tradicionalmente pontuais e particularistas de proibição e de (...) intervenção exterior sobre o organismo mediante o subministro de preparados”

(Oyarbide 1996, p. 226).

Ainda que possamos perguntar (e desconfiar) quais são essas margens e parâmetros, é possível pensar na passagem de uma medicina intervencionista para uma naturalista, como deslocamento de uma prática que tem como objetivo curar, a intervenção pontual sobre uma doença num tempo e um espaço específico, para outra que tem como objetivo cuidar. Esta é entendida como uma relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro.

Compreendida dessa maneira, a noção de cuidado permite inserir dentro do âmbito da saúde as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista, como bem assinalam Merhy (2000) e Ayres (2000) – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde – situando-o assim como outro-sujeito e não como outro-objeto (Ayres 2000; Briceño-León, 1996). O cuidar implica considerar e participar da construção de projetos humanos e sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, garantir e fazer valer sua presença no mundo (Ayres, 2004).

A prática fundamentada no conceito de cuidado só é possível num contexto em que encontremos ativo o operador lógico da integralidade e os agentes terapêuticos sintam um compromisso com a busca da reconstrução do fato social total. Essa mudança, que leva à inclusão dos sujeitos como construtores de projetos, também inclui entre seus objetivos práticas que têm sido denominadas em diversos contextos de “educação em saúde”. Essa questão nos leva às perguntas que fazíamos no começo do trabalho: o que se entende quando se fala em “educação em saúde”?

A categoria se apresenta como profundamente polissêmica. Já em 1999, Schall e Struchiner (1999) referiam-se à existência de um modo de entender a categoria associada a uma concepção ampliada da saúde e que se sobreporia ao conceito de promoção da saúde. Mas fazem a ressalva de que, na prática, persistiriam outros paradigmas de educação em saúde, que se cristalizariam em práticas reducionistas. Valla expressa que as práticas de educação em saúde teriam começado como um movimento de cima para baixo, das classes governantes para as classes populares. Pressupôs “que as classes populares não teriam um conhecimento próprio e precisavam de uma orientação a partir das classes hegemônicas” (Valla *apud* Oliveira, 2003, p. 1.177). Para Valla, essa forma de fazer educação em saúde teria começado a mudar nas últimas duas décadas do século passado, com o processo de substituição desse movimento vertical por um movimento horizontal. Vasconcelos (1998) toma o mesmo rumo, quando afirma:

“até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas (...) voltava-se para a imposição de normas e comportamentos considerados adequados por aquelas elites”

(Vasconcelos 1998, p. 41).

As preocupações associadas à educação da população que as elites dominantes manifestam não são novas. Duarte descreve como essas preocupações estavam em funcionamento nas quatro primeiras décadas do século XX, mostrando um processo generalizado de educação, que transformasse o “diferente” em

“civilizado”. Esse processo de educação “não poderia significar mais que uma forte regulamentação e intervenção por parte do Estado” (Duarte 2000, p. 335). Em seguida o autor afirma:

“Tanto que se trate da educação escolar, técnica ou cívica, quer se trate da educação sanitária, onipresente, esgrimida pela Higiene e pelo movimento sanitarista, quase todos os questionamentos convergiam para os mecanismos de transformação dos sujeitos e das populações” (Duarte 2000, p. 335).

Assim, poderíamos perguntar se essas formas reducionistas de fazer educação em saúde, encontradas em diferentes contextos, como assinalam Schall e Struchiner, não seriam sobrevivências daquela concepção que tanto Valla quanto Vasconcelos consideram superada? Em outras palavras, essas formas de educação em saúde orientadas de cima para baixo não estariam cumprindo hoje a mesma função que teve no começo do século XX: transformar os *habitus* individuais e os comportamentos culturais associados, por exemplo, à estruturação familiar, à sexualidade, às técnicas corporais e, por fim, à economia das emoções? Caso respondamos afirmativamente, esses processos não representariam outra coisa senão novos momentos do processo civilizador, com o conseqüente controle das emoções, descrito por Elias (1982 e 1987).

Entendida desse modo, a educação em saúde se apresenta como uma faca de dois gumes. Se por um lado se dirige a dimensões fundamentais de serem levadas em conta para alcançar esse fato social total, que se apresenta como a busca da integralidade, por outro permite uma expansão do olhar dos médicos e dos agentes de saúde. Seguindo essa argumentação, desenvolvemos a idéia da formação de um “olhar panóptico”, no qual todo o espaço social, reticulado e disciplinarizado, estaria sob o olhar do médico (Bonet, 2003). Esse olhar, enquanto mecanismo de poder individualizante de classificação, é susceptível de ser utilizado para “modificar o comportamento, treinar ou reeducar a conduta dos indivíduos” (Foucault 1989, p. 207)<sup>3</sup>.

O “olhar panóptico” associado aos cuidados integrais nos posiciona frente ao perigo da possibilidade de medicalizar a sociedade. E esse perigo permite a inquietude de Camargo Jr. (2003, p. 37):

“a integralidade dos cuidados e a similar preocupação com a ‘totalidade’ trazem implicações indesejáveis para as quais em geral não se atenta. Deve-se interrogar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. A contrapartida é o risco de um grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia, uma medicalização também integral”.

Essas práticas de educação em saúde, que são orientadas por uma direção de cima para baixo, podem ser praticadas em duas dimensões diferentes. Uma

primeira dimensão, que chamamos de *individual*, toma a forma de um aconselhamento sobre cuidados específicos a adotar em relação ao corpo ou ao meio ambiente em que a pessoa vive<sup>4</sup>. Uma segunda dimensão, chamada de *coletiva*, é praticada em grupos formados por um tipo especial de pacientes que têm a mesma doença ou para resolver alguma questão relacionada ao meio ambiente da comunidade.

Em outro trabalho (Bonet, 2003b), nos referimos ao aconselhamento médico sobre as questões de saúde dos pacientes, mas o foco se centrava no nível individual, no espaço íntimo da consulta. Diferentemente, Araújo (2003), ao tratar do aconselhamento em DTS/AIDS, integra também o aconselhamento coletivo e expressa:

“o aconselhamento coletivo é compulsório (...) e tem caráter informativo (...) deveria ser o momento de uma troca coletiva (...) deveria favorecer a identificação de situações pessoais, posteriormente tratadas no aconselhamento individual. Entretanto, a ânsia do profissional de saúde em passar uma quantidade enorme de informações inviabiliza a implementação de estratégias mais participativas. Então, os aconselhadores assumem o papel de professores (...) e partem para uma aula expositiva” (Araújo, 2003, p. 147).

Em pesquisa sobre a medicina de família e comunidade, pudemos observar como os médicos consideravam importante realizar essas reuniões, a fim de se informar sobre qual é a representação de determinada doença entre os pacientes e, ao mesmo tempo, passar a informação valorizada por eles sobre os cuidados que os pacientes teriam que ter com o tratamento dessa doença. Quando os médicos se referiam a essas reuniões, o faziam utilizando duas palavras que demonstravam sua própria visão dessas conversas: “aulinha” ou “palestra” (Bonet, 2003).

Essa associação entre “reuniões” e “aula” foi explicitada, também, por Mouzinho (1999), em sua pesquisa sobre o Programa Médico de Família de Niterói. Ela salienta o fato de que, nas reuniões realizadas, “o tom era algumas vezes professoral. A classificação como ‘aula’, a que uma das mães se referiu, não foi contestada pelos profissionais presentes” (Mouzinho, 1999, p. 82). A mesma autora reforça essa idéia, observando como era estabelecida uma “disputa pela fala”, que demonstrava uma tentativa de exposição do conhecimento adquirido nos grupos. Essa atitude dos pacientes era reforçada pelos médicos:

“[que] ao mesmo tempo em que anseiam pelo *aprendizado* do paciente, reclamam do *stress* sofrido com esta expectativa sobre o seu trabalho. Conscientizar os pacientes de seus direitos, dizem, vai *além* da ação médica” (Mouzinho, 1999, p. 83 – grifos no original).

Embora seja possível que se caia nesse tipo de prática associada à educação em saúde, percebemos que muitos dos médicos que entrevistamos para a pesquisa

de doutorado têm uma atitude crítica com relação a essa visão. Um médico com uma ampla trajetória em serviço e no ensino dizia:

“a educação em saúde pode converter-se, e freqüentemente se tem convertido, numa forma de prescrever. Eu, do alto de meu saber, digo o que é bom e o que é mau que as pessoas façam, para que depois os cidadãos façam sua parte, como eu fiz a minha (...). A educação sanitária pode ser um discurso, eu posso ensinar às pessoas como comportar-se. Pode ser reduzido a uma caricatura. (...) Podem ser procedimentos absolutamente consumistas de exames que levem a pessoa a alienar-se de sua saúde. Mas isso não ajuda. Educação em saúde é um pouco pensar, ajudar a pensar em quais são os significados das coisas para a saúde; pensar no que é que está interferindo e o que é o que está em jogo. Se é meu comportamento frente aos acontecimentos da vida; se minha saúde pode estar sendo uma expressão final de uma solução existencial às questões de meu tempo; se posso estar reagindo à ameaça do desemprego e respondo de maneira patológica”.

Uma médica que tinha a preocupação de, ao aconselhar, repassar seus padrões culturais, respondeu:

“antes fazíamos muitas atividades: teatro, bonecos; mas acredito que sempre é o médico sentado aqui e as pessoas escutando e não se tem nem idéia do que eles entenderam, o que acontece com o que lhes está sendo dito. Educar é primeiro escutar para saber o que pensam, dar-lhes ferramentas para que tirem suas conclusões. A educação não é falar e lhes dizer o que têm que fazer. Educação seria possibilitar que façam as perguntas que nunca foram feitas”.

Para escapar à visão da educação em saúde em forma de aulas, a solução estaria, segundo outra médica, em “primeiro conhecer os padrões culturais que dominam no meio e depois fazer educação a partir do direito e do respeito. Assim, a gente pode ir sugerindo e informando”<sup>5</sup>.

Em quaisquer dessas duas dimensões individual e coletiva é possível encontrar o confronto entre os saberes profissionais e os profanos. Esse confronto, quando associado à educação em saúde, origina diversas posições que se manifestam na produção científica. Briceño-León afirma que a relação educativa não se estabelece entre um que sabe e outro que não sabe, mas entre dois que sabem coisas diferentes e, em razão disso, a educação deve adquirir as características de uma bidirecionalidade (Briceño-León, 1996). Pelo contrário, Oyarbide assinala que a premissa fundamental da educação em saúde é desconhecer os sistemas médicos profanos porque tem como objetivo “gerar uma nova cultura sanitária para indivíduos e grupo” (Oyarbide 1996, p. 104). Coincidentemente, Lolas Stepke afirma que “o recurso à educação, freqüentemente no âmbito da saúde, está acostumado a confundir-se com a implantação do ponto de vista do perito” (Stepke, 1996, p. 23).

#### 4. Estar no Mundo

O problema enfrentado pelos agentes do sistema de saúde que se enveredam na implementação dos cuidados integrais – razão pela qual sentem que deveriam realizar ações de educação em saúde – é que estão lidando com os saberes dos diferentes grupos e indivíduos. Por isso mesmo, estão lidando com, e contribuindo para produzir, o risco das categorias na ação. Assim, os cuidados integrais e as práticas de educação em saúde se realizam no amplo espaço onde está o “coração partido” da nossa epígrafe. Necessariamente, os agentes do sistema de saúde terão que interpretar as mensagens e as ações das populações que, talvez, estejam “vivenciando” significados diferentes. Com a palavra “vivenciando”, aludimos à questão de que esses significados podem estar num nível além do discurso consciente – podem ser expressos nas profundezas simbólicas do corpo.

Se os significados de qualquer ação dependem do contexto, e se este é sempre intersubjetivo, isto é, cultural, os significados transmitidos através do corpo também são culturais. É possível recorrer aqui ao conceito de *embodiment*, entendido como uma condição geral de existência, como “as bases existenciais da cultura” (Csordas, 2002, p. 59). Nesse sentido, não teríamos um corpo, “seríamos um corpo”; é corporalmente que experimentaríamos o mundo<sup>6</sup>. Nossas explicações deixariam de estar baseadas meramente nas representações para orientar-se à forma em que “experimentamos” o mundo; pelo “ser-no-mundo”; pela construção cultural de uma noção de pessoa. A noção de *embodiment* nos exigiria tomar o corpo com sua história, com as transformações constantes através das experiências situadas. Portanto, nos exigiria olhar para o corpo não como um objeto fixo, mas permanentemente transformado pela experiência pessoal e sobrescrito pela cultura. Um corpo que, de início, é tanto biológico quanto “religioso, histórico, cognitivo, emocional e artístico” (Csordas, 2002, p. 4).

Essa forma de ser-no-mundo se manifestaria naquilo que Mauss (1974) denominou de “técnicas corporais”<sup>7</sup>, as quais teriam como objetivo adaptar o corpo a seu emprego. Nesse texto de Mauss apareceria prefigurado o conceito de *habitus*, que posteriormente Bourdieu definiria como as estruturas derivadas das condições objetivas de determinado estado do mundo social ou como os princípios geradores das práticas (Bourdieu, 1991).

Associadas a esses corpos sobrescritos pela cultura, encontramos também as emoções das pessoas, no sentido de que tais emoções se manifestam através dos corpos, através de pensamentos que estão incorporados (*embodied*), pensamentos que envolvem os agentes (Rosaldo, 1984). É essencial a forma como essas emoções incorporadas adquirem significação na ação social – a visão semiótica

das emoções é fundamental, a fim de entendermos como elas são construídas e canalizadas na vida social (Geertz, 2001, p. 183).

A partir do exposto, é fácil perceber o problema que enfrentam essas práticas de educação em saúde quando associadas aos programas de promoção em saúde. Se pensarmos, por exemplo, nos programas de promoção da paternidade responsável, contra a gravidez adolescente ou a promoção para uma alimentação saudável, perceberemos claramente que estamos lidando com os corpos e as emoções de pessoas que podem ter uma concepção de si diferente da nossa, que podem ter uma relação diferente com suas emoções e com seu corpo. Práticas diferentes das descritas até agora são incluídas na categoria de *educação popular em saúde* e se fundamentam na busca de uma aproximação cultural entre os agentes do sistema de saúde e as populações locais, seja enfatizando a teoria do apoio social (Valla, 1999) ou reafirmando práticas solidárias existentes nos grupos sociais em situações de risco (Vasconcelos, 1998). O objetivo dessas práticas de educação popular em saúde seria evitar “ampliar a passividade da sociedade diante de um Estado autoritário que tenta prover as necessidades sociais por meio de intervenções burocratizadas e normatizadoras guiadas pela lógica cultural dos grupos dominantes” (Vasconcelos, 1998, p. 53)<sup>8</sup>.

## 5. Cuidado, Educação e a Dupla Ética Weberiana

O que fazer, então? Os médicos ou agentes de saúde não deveriam propor nenhum tipo de ação educativa? Mesmo sabendo que existiriam algumas medidas eficazes? A questão não seria deixar de fazer, mas como fazê-la. Para começar a responder a essas questões, podemos relacionar dois pares de conceitos: experiência próxima e experiência distante; e ética da convicção e da responsabilidade.

O primeiro par de conceitos foi utilizado por Geertz, ao tratar do problema da natureza do entendimento antropológico. Com o conceito de experiência próxima, faz-se referência a uma idéia que uma pessoa usaria “naturalmente” para definir aquilo que seus semelhantes sentem ou pensam e que ele mesmo entenderia se os outros o utilizassem da mesma forma. Já o conceito de experiência distante remete ao tipo de conceito utilizado pelos especialistas para levar a cabo seus objetivos científicos. Definir uma experiência utilizando o conceito de amor é fazê-lo apelando a um conceito de experiência próxima; falar em catexe do objeto é utilizar um conceito de experiência distante.

No texto sobre a política como vocação, Weber (1993) distingue duas éticas: a *ética da convicção* e a *ética da responsabilidade*. O partidário de uma ética de convicção só se sentirá responsável por velar por uma doutrina e não atribuirá as

conseqüências de seus atos a si mesmo mas ao mundo, “à tolice dos homens ou à vontade de Deus, que assim criou os homens” (Weber, 1993, p. 113). Pelo contrário, quem atua apoiado numa ética da responsabilidade se perguntará pelas conseqüências de seus atos e analisará o que é melhor, conforme a situação.

Le Breton retoma a idéia weberiana das duas éticas para aplicá-la ao contexto de cuidados em saúde:

“o sentimento de que o médico possui uma resposta tranquiliza o paciente que questiona, essa suposição de saber o inclui na trama de uma vida que se escapa a cada instante. Na medicina, mais que em qualquer outro campo, porque o sofrimento e a morte estão em jogo, é imediato o engajamento do médico em uma ética da responsabilidade. Mas é grande a tentação de ceder a uma ética da convicção, ainda amplamente dominante no meio médico e que alimenta no médico o sentimento de saber melhor o que é bom para o seu paciente” (Le Breton, 1996, p. 39).

Guiado por uma ética da convicção, o profissional de saúde encarregado dos cuidados integrais ou das ações de educação em saúde teria o sentimento de que sabe melhor do que o paciente ou a comunidade o que é o mais adequado para eles. Pondo em prática uma ética da responsabilidade, pelo contrário, “implica levar em conta o homem na singularidade de seu sofrimento” (Le Breton, 1996, p. 40). Ou, em termos mais próximos aos que estamos tratando, a ética da responsabilidade implicaria levar em conta a singularidade dos conhecimentos dos pacientes e das comunidades na implementação dos cuidados.

Poderíamos dizer, então, que se os profissionais de saúde tentam realizar os cuidados integrais e seu trabalho social de educadores imbuídos de uma ética da responsabilidade e utilizando conceitos de experiência próxima, conseguem perceber e lidar com a distância que os separa de seus pacientes de forma construtiva, gerando a possibilidade de que seus pacientes tomem suas próprias decisões. Quando, pelo contrário, cedem à facilidade dos conceitos de experiência distante, à facilidade de explicar numa aula o que é melhor para a população sob sua responsabilidade, quando cedem a uma ética da convicção, correm o risco de se converterem – e de converter a educação em saúde – em poderosos agentes de medicalização da sociedade.

## Notas

<sup>1</sup> Professor adjunto da Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutor em Antropologia.

<sup>2</sup> Mattos mostra como a discussão sobre o desenvolvimento de uma medicina integral foi paralelo a uma redução relativa do conceito de integralidade no campo da Saúde Coletiva, processo que estava associado à certeza de que a transformação das políticas e práticas deveria passar por um conjunto de coisas além dessa boa medicina.

- <sup>3</sup> A idéia do olhar panóptico que trabalhamos neste texto para mostrar a medicalização tem grande parentesco com a idéia de *panopticon* que Camargo Jr. desenvolve (Camargo Jr., 2003).
- <sup>4</sup> O momento essencial desse tipo de aconselhamento é configurado nas consultas médicas individuais, mas pode ser encontrado também nas visitas domiciliares.
- <sup>5</sup> É interessante que esses depoimentos críticos da “educação em saúde” na sua interface com o aconselhamento, ou com a promoção da saúde, têm forte aproximação com outra visão da educação em saúde que se associa à participação comunitária e que recebe o nome de “educação popular em saúde”.
- <sup>6</sup> Para Csordas, o *embodiment* estabeleceria um novo paradigma para a antropologia, que permitiria superar as dicotomias entre mente e corpo, e entre sujeito e objeto. Ele escreveu: “quando o corpo é reconhecido em termos experimentais, não como objeto mas como sujeito, a distinção mente-corpo torna-se mais incerta (Csordas, 2002, p. 85).
- <sup>7</sup> Segundo Csordas, Mauss manteria a distinção entre mente e corpo, fato que se manifestaria na separação dos textos da pessoa e das técnicas corporais. Mas o texto sobre as técnicas corporais, escrito em 1935, apresenta uma tentativa de sistematização dos fenômenos corporais, mostrando como é necessária uma explicação que inclua o social, o psicológico e o biológico.
- <sup>8</sup> A teoria do apoio social, tal como é trabalhada por Valla (1999), vai ao encontro das tentativas feitas na antropologia por Csordas, Rosaldo e Geertz, de superar uma das dicotomias básicas do pensamento filosófico Ocidental: mente e corpo.

## Referências

- ARAÚJO, C. L. F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 145-168.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface. Comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 6, n. 1., p. 117-26. 2000.
- \_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 8, n. 14, 2004. p. 73-92.
- BONET, O. A. R. *Os médicos da pessoa*. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. 2003. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- \_\_\_\_\_. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003b. p. 129-44.
- Bourdieu, P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus, 1991.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 7-30, 1996.
- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 35-44.
- CSORDAS, T. J. *Body/meaning/healing*. New York: Palgrave, 2002.
- DUARTE, L. F. D. Anthropologie, psychanalyse et ‘civilization’ du Brésil dans l’entre-deux-guerres. *Revue de Synthèse*, Paris, v. 4, p. 325-44, 2000.
- ELIAS, N. *El proceso de la civilización*. México: Fondo de Cultura Económica, 1982.
- \_\_\_\_\_. *La sociedad de corte*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1989.

- GEERTZ, C. Cultura, mente, cérebro/ cérebro, mente, cultura. In: \_\_\_\_\_. *Nova luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 179-190.
- KARSENTI, B. *L'Homme total*. Sociologie, anthropologie et philosophie chez Marcel Mauss. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.
- LE BRETON, D. Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant. In: GALAM, E. (Ed.). *Infiniment médecins*. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris: Autrement, 1996. p. 30-40.
- LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU, 1974. p. 1-36.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.
- MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão das trocas nas sociedades arcaicas. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU, 1974. p. 37-184.
- \_\_\_\_\_. As técnicas corporais. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU, 1974. p. 209-234.
- MAUSS, M.; HUBERT, H. Esboço de uma teoria geral da magia. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU, 1974. p. 37-176.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturaturas produtivas do setor Saúde. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 109-16, 2000.
- MOUZINHO, G. M. P. *Programa Médico de Família*: mediação e reciprocidade. 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Pós-graduação em Antropologia e Política, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.
- OLIVEIRA, R. M. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor V. Valla. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1.175-1.187. jul-ago. 2003.
- OYARBIDE, J. M. U. *Educar y amar*. El dialogo cultural en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Cultura, 1996.
- ROSALDO, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: SWEDER, R.; LEVINE, R. (Org.). *Culture theory*. Essays on mind, self and emotion. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 137-157.
- SAHLINS, M. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 4-6. 1999.
- STEPKE, F. L. Debate sobre el artículo de Briceño-León. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 22-23, 1996.
- TEXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 89-112.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de organização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 7-14, 1999.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 39-57. 1998.
- WEBER, M. *Ciência e política*. Duas vocações. São Paulo: Cultrix, 1993.

# A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES<sup>1</sup>  
SONIA ACIOLI<sup>2</sup>

## 1. Introdução

O debate acerca da integralidade do cuidado na saúde, com os múltiplos sentidos que apresenta, tem-se mostrado enriquecedor do ponto de vista da ampliação da compreensão sobre as formas de cuidar, desde a organização dos serviços até a formação dos trabalhadores da área da saúde, passando pela gestão do próprio sistema em suas várias esferas. No entanto, percebe-se que as discussões que envolvem a integralidade do cuidado na saúde ainda não têm conseguido produzir mudanças significativas, e/ou abrangentes, nas práticas de produção do cuidado desenvolvidas na área da saúde.

Talvez este seja o momento de estender o debate, que necessariamente envolve atores individuais e coletivos, tanto nos espaços da formação, quanto nos espaços cotidianos de desenvolvimento dos serviços e ações de saúde. Deve-se utilizar um dos sentidos da integralidade, escutando, acolhendo seus olhares e percepções, compartilhando saberes e dúvidas, inquietações e esperanças.

Neste trabalho, buscamos refletir a expressão do cuidado na prática da formação, a partir da nossa experiência. Por esta razão, contar um pouco do processo de transformação curricular no curso de graduação em Enfermagem da UERJ e da reflexão acumulada por essa vivência adquire o sentido de compartilhamento, não de apresentação de uma experiência supostamente modelar. Este é um pretexto para prosseguirmos no debate, alargarmos a compreensão sobre nossas escolhas e dar novos sentidos nos próximos caminhos a trilhar.

A primeira questão que nos ocorre é o que vem a ser a produção da integralidade do cuidado, e qual o caminho para alcançá-la. A produção da integralidade no cuidado parece ter sua expressão delineada no envolvimento do cidadão trabalhador dessa área no seu cotidiano profissional, embebido por

determinada visão de mundo. Parece estar fortemente relacionada ao processo de formação desse sujeito, ao partilhar experiências e reflexões que o constroem como profissional. Poderia dar-se ainda na interação dos múltiplos sujeitos, suas práticas e saberes no campo da formação, dos serviços, da gestão, da formulação de políticas, na perspectiva dos usuários do SUS e em outras esferas da sociedade.

Podemos pensar que essa produção, até por não ser algo mágico, ocorre ao longo da existência de determinado sujeito ou grupos, desde sua formação até o exercício do seu trabalho profissional ou sua inserção no sistema de saúde, qualquer que seja ela, inclusive como usuário. Assim, consideramos oportuna a reflexão sobre experiências nas quais a formação desses profissionais esteja se desenvolvendo ou tentando se desenvolver em torno de uma prática mais integral, transformadora, política e socialmente contextualizada. Formamos para um cuidado que pretendemos integral, enquanto cuidamos para formar profissionais que possam exercer seu ofício integralmente.

## **2. O Cuidado como Elemento Estruturante do Processo de Trabalho de Enfermagem e suas Implicações para a Formação desse Profissional**

O elemento ou categoria “cuidado” tem sido apropriado pela Enfermagem como algo que garante a identidade da profissão e assume aspecto estrutural no processo de trabalho da mesma. Com essa magnitude, é natural que o cuidado tenha assumido, ao longo do tempo, uma dimensão carregada de significados e símbolos para a profissão. Ao discutirmos essa prática, do ponto de vista da formação profissional, percebemos que o cuidado desempenhou importante papel na compreensão do perfil e dos constituintes do processo ensino/aprendizagem para a formação daquele profissional.

O termo “cuidado” acaba sendo interessante modulador do comportamento e dos sentidos que os próprios enfermeiros assumem e percebem em sua profissão. Não é por acaso que essa prática tem sido apropriada pela enfermagem como de sua exclusividade, algo que de certa forma a caracterizaria, definindo a diferença em relação à prática de outros profissionais. Ao mesmo tempo, é interessante lembrar que o enfermeiro, que sempre se sentiu expropriado de ter um espaço mais valorizado socialmente, assim como de ter sua prática ligada a um espaço de saber científico, fortalece sua identidade com a prática e a reflexão sobre o cuidado. Posteriormente, quando se dá a descoberta desse termo pelos outros profissionais de saúde, o conhecimento e a prática sobre cuidado, historicamente desenvolvidos na área da Enfermagem, são aparentemente esquecidos.

Alguns desses aspectos ficam explicitados em determinados trabalhos que apresentam a discussão da integralidade e que, indubitavelmente, representam avanços significativos na concretização das mudanças necessárias para romper o modelo biomédico centrado nas doenças, hospitalocêntrico e excessivamente tecnicista, quando abordam o tema. Para esses autores, a formação e o exercício da medicina ocupam todo o espaço da produção do cuidado integral em saúde, gerando a idéia de que as mudanças só se fazem necessárias e seriam suficientes se ocorressem na área de conhecimento da medicina. Não se trata de travar, mais uma vez, a velha discussão corporativa ou queixosa sobre as aproximações e os distanciamentos existentes entre enfermagem, medicina e as várias áreas da saúde, mas estender a leitura sobre o impacto que a organização da formação e do trabalho dos demais profissionais da equipe de saúde trazem para a produção do cuidado, inclusive entendendo a própria influência da medicina sobre a estruturação dos outros cursos e sobre a construção dos modelos assistenciais dos demais profissionais.

Retomando a questão anterior, sobre a centralidade do cuidado na prática profissional de enfermagem, percebemos que, ainda que o cuidado assuma tal importância na construção dessa identidade profissional, as práticas têm privilegiado o estabelecimento de procedimentos técnicos, criando rituais de procedimentos cada vez mais complexos, em detrimento da valorização do sujeito na construção de um cuidado integral.

Já nas abordagens e modelos teóricos da área da enfermagem adotados para a compreensão e explicação acerca do cuidado, explicita-se uma preocupação com o sujeito e princípios como saber ouvir, respeitar, dentre outros. Fala-se muito, também, em cuidado holístico<sup>3</sup>, embora seu emprego não tenha sempre o mesmo sentido para os vários profissionais de enfermagem que o utilizam. Entretanto, no cotidiano das práticas, nem sempre é possível garantir a concretude dessas intenções, devido à própria organização do processo de trabalho.

Poderíamos fazer um mergulho na história para compreender melhor a construção da identidade da enfermagem em relação ao cuidado, o que não é nosso objetivo aqui. No entanto, vale citar Collière (1999, p. 20), que nos aponta que:

“(...) o impulso e a evolução da prática de enfermagem elaborada em torno do papel da enfermeira, assim como compreender as modificações na concepção dos cuidados, transmitidas pelas mulheres quando as práticas, elaboradas em torno da fecundidade e do corpo habitáculo do espírito, foram proscritas nas sociedades submetidas ao poder eclesiástico. Progressivamente desapossadas de tudo o que era próprio da sua função de cuidar, as mulheres não só perdem o valor do seu saber e da sua prática, como também, para lá delas, existe um conjunto do patrimônio da humanidade que tende a desaparecer, a deixar de ser reconhecido como fundamental, como vital”.

O cuidado, identificado desde o surgimento da prática de enfermagem como razão de ser, estimativa de valor social e econômico para a profissão, parece acompanhar sua evolução apresentando uma multiplicidade de possibilidades de análise, por ter um caráter extensível a outras esferas e dimensões, embora também singular em cada cultura e situação. O exercício do cuidado possui uma capacidade intrínseca de articular saberes, poderes e decisões, mas também o risco de ser reduzido ao desenvolvimento de técnicas, a partir de apropriações limitadas ou estereotipadas. Pode ainda, ao contrário, ser percebido de forma tão ampla que se torne impossível analisá-lo em profundidade, por envolver hábitos de vida, valores e crenças que dizem respeito a questões fundamentais da vida, como morte, sexualidade, sofrimento, revolta, trabalho, compaixão e amor.

Alguns textos sobre a enfermagem, quase todos da segunda metade da década de 80, contribuem para as construções que os enfermeiros vêm fazendo acerca do cuidado e quais são os valores profissionais envolvidos nesse processo. Citamos como exemplo o texto de Nakamae (1987, p. 95):

“(…) não há por que renunciar ao projeto de uma assistência de enfermagem integralmente praticada – ou seja, executada e coordenada – por enfermeiros, isto é, segundo uma divisão técnica que não se acha atravessada pela separação entre os que detêm o segredo do saber e os que dele são alijados. Essa assistência de enfermagem integralmente praticada por enfermeiros, projetada como possível no horizonte, é a possibilidade concreta de, pela primeira vez, assegurar a qualidade do cuidado, tão lembrada no nível do discurso ideológico e sempre relegada a plano inferior na prática (…)”.

Além dos conflitos já indicados, que perpassam a prática do cuidado na área de saúde, para a enfermagem, em particular, ainda se apresenta a questão da divisão técnica e social do processo de trabalho, já que nessa profissão temos outras categorias de trabalhadores com diferentes níveis de formação que compõem a equipe de enfermagem, como os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Ao pensarmos na integralidade do cuidado para a enfermagem, temos que considerar a necessidade de coordenar o trabalho da equipe que também cuida. Portanto, esta precisa da reflexão e de um processo de formação e qualificação para um cuidado mais acolhedor, eticamente referenciado, sem perder de vista que na relação intra-equipe de enfermagem existem seus próprios conflitos de poder, saber, valorização e reconhecimento social das próprias práticas.

É preciso considerar que, ao abordarmos a questão do cuidado na saúde, como expressão concreta da articulação entre saberes e prática, os velhos e novos conflitos que dizem respeito ao poder emergem. Machado (1982, p. XXI) nos traz essa reflexão dizendo que:

“(…) saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber”.

Ao longo da consolidação da profissão de enfermagem – incluindo o campo da formação e da investigação como formas de produção de conhecimento da profissão – ao sentir-se excluída dos espaços de maior valorização social, esta buscou elementos que a confirmassem como ciência com um conjunto de saberes próprio e, portanto, com a possibilidade de usufruir algum poder e reconhecimento na sua inserção social. Desta forma, a busca de explicações teóricas para o cuidado de enfermagem, através de distintos modelos, ganhou corpo a partir da década de 60 nos Estados Unidos, influenciando outros países, inclusive o Brasil<sup>4</sup>.

Parece claro que toda a produção sobre cuidado na saúde que se apresenta no campo específico da enfermagem e da saúde, de modo geral, traduz um real desejo de garantir que esse momento de relação entre o profissional de saúde e o paciente seja momento de diálogo ético na interação de ambos os sujeitos. No entanto, tal situação precisa se traduzir em elementos concretos, desde o espaço da formação profissional, no qual a produção do cuidado envolve múltiplos sujeitos e precisa ser compreendida a partir da incorporação de ferramentas de diferentes áreas do conhecimento. Principalmente, precisa ser experimentado ao longo da formação, como espaço de integração de saberes que considerem os diferentes fatores produtores do sofrimento que gerou a necessidade do cuidado, bem como das práticas colocadas para aliviar aquele sofrimento.

Entretanto, a formação dos trabalhadores da enfermagem, como ocorre na área da saúde de modo geral, ainda está centrada numa cultura científica e técnica disciplinar e parcelada que, segundo Morin (2002), desune e compartimenta os saberes, tornando cada vez mais difícil sua contextualização.

Consideramos que os enfermeiros e demais trabalhadores de saúde terão que lidar, no desenvolvimento de seus processos de trabalho, com problemas complexos, numa tessitura que envolve vários aspectos do viver humano numa sociedade igualmente complexa, com suas variadas faces. Nesse sentido, a formação desses profissionais precisa incluir uma multiplicidade de olhares e saberes para apreender a:

“dinâmica da saúde como uma acumulação social, expressa num estado de saúde (...) tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Assim, a produção social abrange a produção de bens e serviços econômicos e não econômicos, tudo o que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas econômicas,

organizativas e culturais, como um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades” (Mendes, 1996, p. 239-41).

Assim, a compreensão do significado que o cuidado assume para a prática profissional do enfermeiro pode ajudar a compreender e empreender novas abordagens no espaço da formação desse trabalhador, de forma articulada entre os setores da educação e da saúde com propostas concebidas na perspectiva de diálogo permanente, de não esgarçamento das relações, de trabalho coletivo, pensado e repensado, em movimentos ininterruptos. As necessidades dos serviços, dos gestores e da população devem ser consideradas nas formulações políticas da formação e qualificação de recursos humanos para a saúde e para os demais setores que se integram e interagem numa concepção ampliada de saúde, bem como da produção do trabalho do enfermeiro.

Quando falamos da produção do cuidado da saúde como um bem de serviço, produzido por trabalhadores concretos inseridos na sociedade, não podemos limitar o termo a concepções restritivas, baseadas apenas na experiência de determinada categoria profissional. Ele implica o aprofundamento do que é próprio daquela profissão, sua organicidade e historicidade, de modo contextualizado e articulado com os movimentos do campo da saúde em seu conjunto.

A integralidade do cuidado, portanto, é um princípio que não atende apenas a uma dada profissão ou que permeia a discussão e o fazer de determinados segmentos. Ela articula os processos de trabalho e formação de todos os trabalhadores de saúde.

O debate sobre a integralidade facilita a perspectiva de novas abordagens que contribuam estrategicamente para a organização dos serviços e dos processos formativos. Articula as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, as várias esferas de gestão do sistema de saúde e das instituições formadoras, permitindo avançar em direção à implementação dos princípios e diretrizes do SUS. Avança ainda na concepção de um trabalho parceiro entre os vários profissionais e setores envolvidos nesses processos, na esfera da gestão, dos serviços, tanto na atenção à saúde como na formação e no controle social.

### **3. A Experiência da Faculdade de Enfermagem da UERJ**

O processo de transformação curricular na Faculdade de Enfermagem da UERJ teve origem na inquietação de docentes e discentes quanto à organização curricular e aos processos pedagógicos que vinham sendo desenvolvidos. Algumas modificações já haviam sido feitas e o curso incluía disciplinas que não eram comuns em outros cursos de Enfermagem, como a Pesquisa em Enfermagem,

com o estímulo à construção de um espírito investigativo nos estudantes desde o início de sua trajetória na instituição. Outras mudanças mexeram com a estrutura do curso, sendo a principal delas a criação do Internato de Enfermagem, que elevou o tempo de imersão do aluno no estágio curricular e ampliou a integração com os serviços de saúde, cenários fundamentais para a ampliação da formação.

Essas mudanças, embora interessantes, não eram suficientes para produzir a transformação que se evidenciava cada vez mais necessária. Na trajetória da mudança, uma diretora<sup>3</sup> envolvida com os movimentos sociais da área da saúde, movimento sindical e da associação de ensino da categoria assumiu o cargo. Houve a preocupação de se implementar estratégias que possibilitassem uma reforma ampla e coerente com o desejo manifesto pelos atores sociais da faculdade envolvidos com a formação. Em seu plano de trabalho, incluiu algumas etapas que permitiram conhecer melhor a instituição, sua organização, o imaginário e o concreto das atitudes cotidianas de professores, alunos e funcionários, que poderiam significar fortalezas ou fraquezas para o processo de transformação.

Uma das primeiras etapas, significativa do ponto de vista da construção da viabilidade para a consecução da proposta de transformação, foi a sensibilização do grupo e análise da instituição, através da técnica de Psicodrama Institucional. A análise institucional, feita em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, reuniu uma equipe de professores, estudantes, enfermeiros, sociólogos e psicólogos. O princípio que norteou o trabalho foi permitir que os sujeitos da ação pedagógica se apropriassem de sua produção, comprometendo-se com sua prática e suas possibilidades de transformação: “(...) delinear os marcos estruturais, funcionais, simbólicos e afetivos em torno dos quais a instituição poderá reapropriar-se de sua inventividade” (Dâmaso, 1994, p. 12).

Igualmente importante foi o processo de reflexão pedagógica então desencadeado, que contou com a parceria da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. O processo envolveu mais de 90% do corpo docente da faculdade, incluindo ainda enfermeiros do hospital universitário, além de outras instituições de ensino e serviço do estado. Todos esses movimentos levaram o corpo docente a decidir pela transformação curricular com uma concepção pedagógica crítica. O processo de construção do novo currículo, desde o início, se deu de forma coletiva, através de oficinas de trabalho promovidas pela comissão de reforma curricular criada para coordenar todo o processo.

As gestões seguintes mantiveram o projeto de transformação, dando continuidade ao trabalho, mantendo uma comissão de reforma e acompanhamento curricular. Esta vem, desde então, propondo e desenvolvendo

ações que permitam avaliar e realimentar a proposta de curso, implementada a partir de 1996.

Nesse longo processo, queremos destacar o papel que as oficinas iniciais tiveram. Os professores e representantes estudantis, reunidos sob a coordenação da comissão de currículo, ora em grupos do mesmo departamento, ora por departamentos diferentes, mas por áreas afins, foram desconstruindo suas disciplinas, encontrando pontos de contato, lacunas do conhecimento e desvelando áreas de saber, formas de cuidado e suas concepções.

É possível perceber que a concepção de cuidado não é única, embora, ao se falar desse elemento do processo de trabalho do enfermeiro pareça, na superfície da discussão, que todos falam do mesmo objeto. Quando desdobramos os conteúdos das disciplinas na busca dos eixos integradores, apareceram divergências, que variavam desde a teoria de enfermagem que poderia sustentar o cuidado naquela área específica de aplicação, até a coerência entre o modelo teórico proposto e os conteúdos ministrados para sustentá-lo.

A presença de tantas concepções reflete a existência de diferentes visões de mundo, o que é esperado. Mas o debate se torna imprescindível, pois é importante trazer à tona tais divergências. Abre-se o diálogo, para que sua coexistência não comprometa e desarticule o processo de construção do conhecimento sobre o cuidado, garantindo que os sujeitos se apropriem dessa prática, de modo a articulá-la e desenvolvê-la integralmente (Henriques *et al.*, 2001). Por opção do corpo docente e, como expresso no Projeto Político-Pedagógico do curso:

“[há] a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, que seja capaz, ao mesmo tempo, de preservar a autonomia e a profundidade de cada área envolvida e de articular os fragmentos do conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos, sendo condizente com a eleição do currículo integrado, também de base interdisciplinar. (...) A interdisciplinaridade no ensino em saúde implica a integração disciplinar – currículo integrado – em torno de problemas oriundos da realidade de saúde, onde os conteúdos interagem dinamicamente, estabelecendo entre si conexões e mediações. Nessa proposta, o princípio de hierarquia entre ciências é substituído pelo princípio de cooperação, possibilitando a ‘transitividade interna’ entre fragmentos de ciência, conceitos e linguagens” (UERJ, 2003, p. 36).

A opção por um currículo integrado nos parecia mais amistosa, por permitir processar a informação que, sem ignorar os múltiplos olhares existentes em relação ao cuidado e sua fundamentação, possibilitasse ao aluno articular saberes e práticas, construindo uma visão crítica sobre a realidade na qual atua (Henriques *et al.*, 2003).

Por essa razão, também, se adotou a problematização baseada no pensamento de Paulo Freire como referencial para os processos pedagógicos, numa perspectiva de construção de sujeitos ativos, e num sentido social e solidário, não individualista. A proposta assim estruturada, baseada nesses valores, acredita na relação dialógico-dialética entre educador e educando, na qual ambos aprendem juntos (UERJ, 2003, p. 40).

Para superar a visão, parcelada, de que uma estrutura disciplinar pode trazer para um curso, organizamos o currículo em áreas e subáreas. Buscamos estabelecer correlação e sentido aos conteúdos no interior de cada subárea, entre as subáreas de um mesmo período e no encadeamento dos semestres que constituem o curso e no conjunto de experiências teórico-práticas e de extensão.

A primeira área, denominada Assistencial, inclui conhecimentos teórico-práticos que conformam a assistência de enfermagem no plano individual e coletivo, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do país. A segunda área, chamada Fundamental, dá sustentação às ações de enfermagem, entendendo-a como uma prática social, historicamente determinada. Abrange conhecimentos teórico-práticos de educação, de pesquisa e de organização do processo de trabalho, além das bases históricas, filosóficas e políticas do exercício da enfermagem, incluindo políticas de saúde e ética social e profissional. A terceira área constitui as bases biológicas e sociais da enfermagem, composta pelas antigas disciplinas do chamado ciclo básico. Não estão mais concentradas no início do curso, mas distribuídas ao longo da formação, de modo a estabelecer correlações com os conteúdos trabalhados nas outras áreas, tornando mais concreta a possibilidade de sua aplicação no cuidado de enfermagem. A organização do curso favorece a introdução do aluno no processo de cuidar, desde o primeiro período do curso (Pérez *et al.*, 1997).

O processo de construção dessa proposta curricular e sua avaliação e reconstrução permanentes nos permitem perceber que o cuidado aparece ao longo de todo o curso. Tem o papel de mobilização dos saberes em construção e de desencadear a articulação desses saberes (saber conhecer, saber fazer, saber ser e saber se relacionar), para colocá-los em ação.

#### 4. O Que Oculta o Cuidado?

Analisar o cuidado em saúde, particularmente em enfermagem, nos remete a várias questões bastante complexas. No dizer de Collière (1999, p. 21):

“[trata-se de] assunto de caráter universal e multidimensional, embora singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socioeconômico, em cada situação. Assunto delicado entre todos, por força das zonas de interferência de saberes, de poderes e de decisões que suscita”.

Se o cuidado é tão estruturante para o fazer da enfermagem, então ele deveria ser facilmente identificado e categorizado, tornando-se uma unidade na descrição do ser enfermeiro ou na seleção de conteúdos para formação de enfermeiros e organização dos cursos com esse propósito.

No entanto, não é assim que ocorre. Talvez, exatamente pela sua complexidade, singularidade e importância na configuração da auto-imagem profissional, o cuidado se reveste de múltiplas faces que não variam apenas em função de determinações culturais, embora também seja necessário considerar esse aspecto. A multiplicidade de possibilidades observadas no ato de cuidar se apresenta nos espaços cotidianos da prática profissional, bem como nos cenários de aprendizagem. O cuidado – é fácil observar isto – constitui um eixo na condução das disciplinas e organização das práticas de enfermagem, no âmbito dos serviços e na coordenação e gestão da assistência de enfermagem. Aparentemente, é do mesmo cuidado que se fala. Variam apenas as teorias de enfermagem, em que se apóia o modelo assistencial naquela dada situação e a partir das necessidades que ela apresenta. Apenas aparentemente.

De certa forma, há uma disputa silenciosa que nos remete às questões já abordadas aqui. A disputa pelos espaços considerados de maior significação e valorização social e econômica, a disputa de saberes e a busca da auto-afirmação profissional, e legitimação, pela cientificidade e tecnicismo do ato de cuidar, constituem pistas para entender o que o cuidado oculta no campo da enfermagem. Por outro lado, algumas áreas de atuação da enfermagem avançaram na desconstrução de modelos e na ampliação da discussão acerca da saúde, doença e suas determinações. Ampliaram a noção de cuidado em saúde, porém nem sempre deixando explícito tratar-se do cuidado. Ficou o mesmo, portanto, oculto no discurso acerca da saúde e da atuação de enfermagem.

Os aspectos acima levantados estão presentes em todos os campos da atuação de enfermagem, nem sempre sendo explicitados ou mesmo percebidos. Consideramos importante identificar essas questões para permitir, inclusive, avançar na construção da integralidade do cuidado.

A enfermagem sempre buscou o contato mais direto com os pacientes, assim como uma visão do homem mais total, integral, mesmo utilizando outras denominações. No entanto, alguns dos conflitos que perduram na profissão têm

levado os enfermeiros a apoiar sua assistência em cada vez mais aparatos tecnológicos, afastando-se da construção de uma relação dialógica com o sujeito do cuidado – que pode ser o indivíduo, a família, determinado grupo social ou uma organização.

Não queremos desqualificar a necessidade do uso da tecnologia em favor de uma assistência de maior qualidade, desde que essa seja a real necessidade de determinada situação. A formação profissional também precisa dar conta de tornar os trabalhadores qualificados para lidar com a multiplicidade de situações e instrumentos de abordagem. Quando o tecnicismo substitui, sem qualquer crítica, outros instrumentos, às vezes mais eficazes, para atender às especificidades de uma dada situação, afasta o enfermeiro da possibilidade da acolhida e da escuta do sofrimento, inibindo a capacidade de perceber qual ação, de fato, poderia minimizá-lo.

Outro aspecto fundamental é que as teorias de enfermagem algumas vezes são usadas sem o necessário aprofundamento do significado de se aplicar este ou aquele modelo na assistência de enfermagem, como forma de justificar um planejamento da atuação da equipe. Nesse sentido, pode-se deixar escapar a riqueza de possibilidades que seria “olhar” a situação e tudo que a envolve, permitindo que a sensibilidade ajudasse o conhecimento técnico científico a escolher o melhor caminho para aquele momento e suas circunstâncias.

Buscamos identificar algumas das nuances expressas nas práticas de cuidar, a partir da experiência do curso da Faculdade de Enfermagem da UERJ. As possibilidades de avançarmos teoricamente se ampliam quando conseguimos avaliar e identificar nós teóricos e práticos, ao lançarmos um olhar atento sobre nossas práticas. Na perspectiva de concretizar a integralidade do cuidado na saúde, é necessário pensar esse cuidado em todos os cenários onde ele se encontra, mesmo que de modo implícito – ou seja, na formação, nos serviços, na gestão e nos espaços de participação da sociedade civil.

Por fim, não podemos falar em cuidado integral se não começarmos a criar formas de sentir, falar e fazer nossas práticas de modo compartilhado no campo da saúde.

## Notas

- <sup>1</sup> Professora assistente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem da UERJ, mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- <sup>2</sup> Professora adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.
- <sup>3</sup> “Cuidado holístico” está empregado aqui com o sentido que lhe é atribuído na Teoria Holística do Cuidado de Enfermagem, de Myra Levine, cujo postulado é a unidade e integridade do indivíduo, reconhecendo ser cada reação a cada estímulo ambiental resultante da natureza integrada e unificada do organismo humano, sendo a ação de enfermagem baseada no cuidado total da pessoa (Almeida, 1986, p. 91).
- <sup>4</sup> As principais teóricas de enfermagem que influenciaram o pensamento no campo do cuidado de enfermagem no Brasil foram: Lydia Hall, com a teoria que leva seu nome, publicada em 1966; Sister Callista Roy, Teoria da Adaptação, 1974; Myra Estrin Levine, Teoria Holística, 1969; Martha Rogers, teoria que leva seu nome, 1970; Imogene King, Teoria do Alcance dos Objetivos, 1971; Elizabeth Orem, Teoria do Autocuidado, 1971; e a brasileira Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, 1979.
- <sup>5</sup> A diretora da FENF/UERJ, à época, era a professora. Maria Therezinha Nóbrega da Silva, que dirigiu a faculdade no período de março de 1992 a janeiro de 1996.

## Referências

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. 228p.
- COLLIÈRE, M. *Cuidar... a primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL, 1999.
- DÂMASO, R. *et al.* A justiça cuidadora: Introdução à análise institucional de ensino de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 3-12, maio, 1994.
- HENRIQUES, R. L. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; MACÊDO, M. C. S. O novo currículo da Faculdade de Enfermagem da UERJ. IN: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. Educação e mudanças. Discutindo os contextos, textos, lições e propostas, 6. 2003, Teresina. *Anais...* Teresina: Associação Brasileira de Enfermagem, 2003. p. 78-85.
- HENRIQUES, R. L. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; MACÊDO, M. C. S.; ROMANO, R. A. T.; OLIVEIRA, S. A. A re(construção) contínua do currículo do curso de graduação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.188-188, 2001.
- MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p.VII-XXIII.

A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2002.

NAKAMAE, D. D. *Novos caminhos da Enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez, 1987.

PÉREZ, E. M.; OLIVEIRA, V. R.; HENRIQUES, R. L. M.; ROMANO, R. A. T. Desafios na implementação do novo currículo de graduação em enfermagem da UERJ. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 495-500, 1997.

UERJ. *Projeto político pedagógico do curso de graduação em Enfermagem*. Rio de Janeiro: FENF/UERJ, 2003. mimeo.

