

**Cuidar do Cuidado:  
responsabilidade com  
a integralidade das  
ações de saúde**



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: José da Rocha Carvalheiro

#### Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (IMS-UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (IMS-UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Roseni Pinheiro (IMS-UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

#### Série Cidadania do Cuidado

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

#### Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar bl. E

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

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

Fax: (xx-21) 2264-1142

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

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

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

**ORGANIZADORES**  
**Roseni Pinheiro**  
**Ruben Araujo de Mattos**

# Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde

1ª Edição

**CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO**

**Rio de Janeiro**  
**2008**

# SUMÁRIO

## Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

1ª edição / setembro 2008

Copyright © 2008 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

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

Indexação na base de dados LILACS.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

### CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

C966 Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde / Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.  
356 p.

ISBN: 978-85-89737-48-7

1. Assistência integral à saúde - Brasil. 2. Assistência à saúde - Brasil.
3. Cuidados médicos - Brasil. 4. Serviços de saúde pública - Brasil. de - Brasil.
5. Educação médica – Aspectos sociais - Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben Araujo de. III. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. V. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.39(81)

### Impresso no Brasil

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

PREFÁCIO ..... 9  
Madel T. Luz

### APRESENTAÇÃO

**Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro** ..... 11  
Roseni Pinheiro

PARTE 1 - RESPONSABILIDADE E DECISÃO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: POR UMA FUNDAÇÃO DO *ETHOS* PÚBLICO NA SAÚDE

**Epidemia de dengue e responsabilidade das autoridades sanitárias: é possível fundar um *ethos* público na saúde?** ..... 23  
Eduardo Stotz

**Responsabilidade pública e extensão universitária** ..... 41  
Regina Lúcia Monteiro Henriques e Roseni Pinheiro

**Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista** ..... 61  
Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso

**Quando direito e economia se encontram: governamentalidade e efetivação do direito à saúde** ..... 79  
Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro

**Há espaço para integralidade na assistência farmacêutica?** ..... 97  
Ana Paula Machado Heckler e Francisco Arsego de Oliveira

PARTE 2 – BUSCA POR CUIDADO COMO CONDICIONANTE DE SAÚDE: USUÁRIOS, MEDIADORES E PRÁTICAS ASSOCIATIVAS PÚBLICAS NA DEMANDA POR SAÚDE

<b>Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde</b> .....	<b>115</b>
Paulo Henrique Martins	

<b>Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde</b> .....	<b>143</b>
Tatiana Engel Gerhardt, Deise Lisboa Riquinho e Adriana Rotoli	

<b>Os agentes comunitários de saúde evangélicos e o trabalho de atenção e cuidado à saúde que desenvolvem junto à população</b> .....	<b>177</b>
Alda Lacerda, Maria Beatriz Guimarães, Carla Moura Lima e Victor Vincent Valla	

<b>O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais da saúde</b> .....	<b>191</b>
Octavio Bonet e Fátima Regina Gomes Tavares	

PARTE 3 - ÉTICA E TÉCNICA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: PRÁTICAS EDUCATIVAS PRODUZINDO SABERES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

<b>Ética e técnica: exercício e fabricações</b> .....	<b>213</b>
Ana Lucia C. Heckert	

<b>Articulando ética e técnica: o MST e a formação dos trabalhadores da saúde do campo</b> .....	<b>231</b>
Isabel Brasil Pereira	

<b>Construindo saberes recíprocos: ética e técnica na prática educativa em saúde</b> .....	<b>251</b>
Lilian Koifman e Julio Alberto Wong Un	

<b>A utilização da técnica e agir ético no cuidado: conciliações possíveis na prática educativa</b> .....	<b>267</b>
Elysângela Dittz Duarte, Erika da Silva Dittz, Lélia Maria Madeira e Tatiana Coelho Lopes	

PARTE 4 - O OUTRO COMO A FACE DO CUIDADO: A PRODUÇÃO DO COMUM NA ATIVIDADE DO CUIDADO

<b>De amoladores de facas e cartógrafos: a atividade do cuidado</b> .....	<b>279</b>
Maria Elizabeth Barros de Barros	

<b>Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum</b> .....	<b>297</b>
Fabio Hebert da Silva e Rafael da Silveira Gomes	

<b>Representação social da medicina em estudantes do primeiro período da UFAC e as possibilidades de ensino-aprendizagem</b> .....	<b>311</b>
Rodrigo Silveira, Juliana Lofego e Osvaldo Leal	

<b>Integralidade <i>again</i>: o São Bernardo e o R2D2</b> .....	<b>329</b>
Carlos Estellita-Lins	

<b>SOBRE OS AUTORES</b> .....	<b>351</b>
-------------------------------	------------

# PREFÁCIO

MADEL T. LUZ  
IMS-UERJ

Nesta oitava edição do Seminário do Projeto Integralidade, como sempre acompanhado da publicação de um livro contendo as apresentações de pesquisadores do LAPPIS e convidados que participam do evento, verificamos as mesmas características presentes nos volumes anteriores: fidelidade às linhas de pesquisa, coerência nos temas, e coerência destes com os textos apresentados, resultantes, em sua quase totalidade, de projetos de pesquisa ou de reflexões sobre experiências em serviços de saúde.

Não é comum no meio acadêmico que um seminário de discussão de estudos e pesquisas consiga lançar, concomitantemente às apresentações, o livro com o conteúdo das falas apresentadas durante seu desenrolar. Este fato é característico dos grandes eventos científicos, isto é, dos congressos e reuniões de grande porte, nacionais ou internacionais. Apenas esta dinâmica já constitui uma originalidade deste grupo, e a pontual disponibilidade dos textos durante o seminário é fruto de esforço concentrado da coordenadora do LAPPIS, professora Roseni Pinheiro, juntamente com seus colaboradores mais próximos, dedicados ao evento com o mesmo *élan* que sua coordenadora.

O mais importante a se destacar, entretanto, é a coerência, de cunho didático, na organização do volume, de seus eixos temáticos, bem como a “costura” entre os artigos referentes a cada eixo, e a crescente qualidade dos mesmos a cada ano.

Também a persistência dos temas básicos de pesquisa e reflexão do grupo, quais sejam: o **cuidado** na atenção à saúde e os aspectos

subjetivos (relativos a vínculos, laços de sociabilidade, relações com a alteridade etc.), políticos, éticos e mesmo filosóficos envolvidos na questão do cuidado; as políticas públicas envolvidas na questão da **integralidade** como princípio estruturante do Sistema Único de Saúde, e como se traduz na práxis profissional e na prática institucional cotidiana este princípio – conseqüentemente, também as questões éticas, psicoemocionais, jurídicas, políticas etc. – implicadas neste desenrolar-se histórico, nem sempre coerentes com a definição ideal em termos de sistema. Também a análise dos atores sociais e políticos envolvidos na construção da **demanda** e da **oferta** do cuidado em saúde tem sido uma constante nas abordagens.

A questão do **ethos** envolvido na construção de políticas públicas efetivamente voltadas para os cidadãos, isto é, efetivamente para a defesa do interesse público, é também uma preocupação ascendente no grupo, evidenciada nos últimos seminários do LAPPIS, expressando-se nos estudos com abordagem do direito e da filosofia política, com nítida influência de Hannah Arendt. Por outro lado, a questão da comunicação no campo da saúde vem sendo uma preocupação crescente, presente neste volume e na programação do evento.

Finalmente, há uma clara preocupação com a **formação (ensino)** do profissional envolvido direta ou indiretamente na prestação do cuidado em saúde, em termos técnicos, mas sobretudo em termos políticos e éticos, seja em graduação ou em pós-graduação.

Os autores do presente volume são provenientes de áreas distintas de campos do conhecimento das ciências humanas: comunicação, direito, educação, psicologia, sociologia, história, antropologia, etc. Certamente, os médicos não poderiam faltar, tratando-se de uma área em que a atenção à saúde é o centro dos estudos. Mas as abordagens são geralmente pluri ou interdisciplinares, escritas em estilo direto e claro, conferindo ao texto uma “legibilidade” garantida, indicada aos profissionais, alunos, professores, pesquisadores, e gestores do campo da Saúde Coletiva, tanto na área de ciências humanas, como na de epidemiologia, e **sobretudo**, na área de formulação, implementação e avaliação de políticas e serviços de saúde.

Esperamos que o presente volume obtenha junto ao seu numeroso público o mesmo sucesso que os volumes anteriores. É um sucesso merecido, tanto no plano acadêmico, como no plano político. E que outros volumes venham!

## APRESENTAÇÃO

### Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro

ROSENI PINHEIRO

*A educação é o ponto em que decidimos  
se amamos o mundo o bastante para assumirmos  
a responsabilidade por ele*  
Hanna Arendt

O tema “Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações” surge como desdobramento do debate anterior promovido pelo LAPPIS em seu VII Seminário do Projeto Integralidade, realizado em novembro de 2007, na UERJ, que discutiu as “Razões públicas da integralidade em saúde: o cuidado como valor”. Como afirmamos naquela coletânea, tratava-se de um “livro para *se escutar e pensar agindo*”, portador de uma provocação tácita que, para escutar, teremos que agir pensando de modo a gerar valores éticos para produção do bem comum – saúde. Daí surgem outras perguntas: de que modo “agir pensando assim”? Qual seria o “espírito prático”, como diria Gramsci, capaz de incentivar esse modo de ser e fazer, sociedades fragmentadas, que fazem questão de “demarcar” a secular separação entre aqueles que pensam e aqueles que agem, ou entre aqueles que sabem e aqueles que fazem? Que atitude-prática seria capaz de superar tal decalagem? Entendemos que essa atitude se configura a partir de uma ética da responsabilidade, que na saúde tem nas práticas eficazes de integralidade uma abertura de possíveis (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Assim, propomos a realização do VIII Seminário Nacional do Projeto Integralidade, sobre o tema da responsabilidade, sendo esta coletânea o cumprimento do seu principal desígnio: oferecer uma *ágora* de pensamentos praticados, que entrelaçam outras *ágoras* que permeiam o campo acadêmico, não excludentes entre si – ensino, pesquisa e intervenção –, aportando diferentes compreensões epistemológicas, que no seu conjunto mantêm-se interligadas por um *ethos público*, que consiste na defesa do direito humano à saúde. Como *ágora*, propomos que esta coletânea venha a se configurar num tipo de *espaço público* capaz de criar visibilidades e encontros de distintas possibilidades analíticas de experiências com potências inovadoras na saúde. São investigações que forjam construções teórico-metodológicas híbridas e interdisciplinares, desenvolvidas no âmbito do LAPPIS e por colaboradores e associados. Estimamos que, com essas contribuições, possamos perceber a natureza polifônica do termo *integralidade*, ampliando seu reconhecimento como prática social, um dispositivo inevitavelmente dialógico e ferramenta da indissociabilidade entre ação e pensamento.

Isso significa superarmos a existência de um abismo entre pensamento e ação inaugurado por Platão no período clássico, que, segundo Arendt (2008, p. 46):

nunca mais se fechou. De tal modo que todo pensamento que não seja um mero cálculo dos meios necessários para se obter um fim pretendido ou desejado, mas se ocupe do significado do sentido mais geral, veio desempenhar o papel de “pós-pensamento”, isto é, um pensamento posterior à ação que o decidiu e o determinou. A ação, por sua vez, foi relegada à esfera sem significado do aleatório e do fortuito.

No campo da saúde, desenvolvemos inicialmente em nossos<sup>1</sup> trabalhos uma reflexão crítica sobre a utilização de *modelos ideais*, que no Ocidente vêm servindo para organizar as práticas na sociedade atual. Discutimos que esses *modelos ideais*, fundamentados na concepção platônica clássica, estabelecem que o pensar somente se faz através da razão, ou seja, de uma certa racionalidade. A questão central que se quer destacar aqui diz respeito à natureza dessa

racionalidade – razão clássica – de cuja herança a racionalidade moderna não escapou: o princípio da ordem, de organização intelectual do mundo, onde tudo aquilo que fosse irreduzível à razão não poderia ser considerado verdade, de modo que esta racionalidade clássica tende a situar a ação em uma posição de subordinação. Na racionalidade científica, não se configura mais o princípio da ordem, mas o da ordenação, que toma como norma epistêmica a utilização de um método (científico) como produtor de verdades destinadas a explicar e ao mesmo tempo ordenar a vida (LUZ, 1988, p. 28). Com isso é possível perceber que o exercício contínuo e renovado de buscar novos conteúdos, por meio de pesquisas científicas, determinou como principal *prática (científica)* a fragmentação da natureza (objeto), assim como do próprio sujeito de conhecimento: o homem. Este será dividido, progressivamente, em partes, sendo a razão (pensamento) hierarquicamente superior à ação (prática), separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos, que passam a ser vistos como peças infinitamente fragmentáveis.

Quando analisamos os efeitos dessa matriz de pensamento no campo da saúde, parece-nos claro que, até os dias de hoje, continuamos com os “olhos fixos no modelo”, como diria o filósofo François Julien (1976) em *Traité de l'efficacité*, quando analisa a tradição do pensamento ocidental, chamando-nos atenção para o quanto estamos subordinados à fixação de parâmetros absolutos, baseados em regras, medidas e padrões para nos orientarmos no mundo em que vivemos, além de ser esta **a** condição para legitimarmos socialmente o conhecimento produzido, desde que obedeça ao regime de produção de verdades vigente. Regime que despreza a experiência (cotidiano), incentiva a *apolitia* e a indiferença aos assuntos humanos cotidianos, negando o exercício da pluralidade humana. Enfim, negando a política.

Não obstante, se nos aproximarmos ainda mais do cotidiano das pessoas que buscam cuidado e cuidam na sociedade atual, podemos observar tensões importantes sobre a resistência a esse modo de pensar. Isto porque, na configuração do direito à saúde como direito humano, temos presenciado o surgimento de novos arranjos sociais, associativos, públicos, que recolocam no centro da discussão sobre o provimento de cuidados as questões ético-políticas com as

<sup>1</sup> Destacamos o trabalho de Pinheiro & Luz (2003).

quais a responsabilidade emerge como exigência de ação política, necessariamente coletiva e pública. Entendemos responsabilidade como sendo “um agir consistente *vis-à-vis* nossas ações públicas, interações, opiniões cuja qualidade estaria comprometida pelo encorajamento, exercício e cultivo de um *ethos* público, da capacidade de sentir satisfação com aquilo que interessa apenas em sociedade” (ASSY, 2007, p. 53). Nesse sentido, ao assumirmos essa compreensão, outras inúmeras questões surgem, inquietações e desassossegos que nos convocam a cumprir o legado civil de buscar, sobretudo academicamente, respondê-las questionando-as. Para tanto, selecionamos algumas para serem tratadas nesta coletânea, que de maneira sistemática reúne 18 textos originais e inéditos que serão agrupados em quatro partes, no sentido de deslindar os limites, possibilidades e desafios de estabelecer uma ética da responsabilidade pela integralidade em saúde.

A primeira parte destina-se a problematizar a responsabilidade e a decisão na produção do cuidado na saúde, no sentido de reatar fios soltos do modo de se viver publicamente, em contraposição à burocratização e ao utilitarismo<sup>2</sup>. Esses textos reverberam concepções analíticas que em certa medida visam a propor a afirmação do Estado democrático em nosso país, de modo que a responsabilidade pública seja o próprio *ethos* público na saúde. Entretanto, parece-nos evidente que as repercussões serão variadas de acordo com os estilos de governo adotados, os novos tipos de relação entre as instituições de saúde e universitárias, no cumprimento do direito ao acesso a bens e serviços. Daí que a tríade comunicação, informação e educação assume papel estratégico, no qual ações comunicativas e formativas, quando contextuais e integrativas, permitem reconvocar seus agentes a se “religar” aos lugares dos quais fazem parte, assim como reconhecer seus objetos e ações.

<sup>2</sup> Ver os trabalhos de Paulo Henrique Martins, que vem desenvolvendo estudos sobre redes sociais e integra a Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais, dos quais ressaltamos: *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*, Recife: EdUFPE, 2004; *Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 335-356; e De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais): Itinerários do dom. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, 2008b.

Na segunda parte, objetiva-se discutir um outro componente inerente ao exercício da ética da responsabilidade, que consiste em colocar em análise a busca do cuidado como condicionante de saúde. Nessa proposição, os textos buscam ressaltar ao menos três posicionamentos importantes na temática: a centralidade do usuário, o reconhecimento de mediadores sociais e o surgimento de práticas associativas públicas na construção de demandas e respostas de saúde. Os autores problematizam essa perspectiva participativa e inclusiva do cidadão, assim como suas formas de organização de representação na formulação e efetivação do direito à saúde, nos levando a fazer as seguintes perguntas: quem são esses atores? Como são vistos nos espaços e lugares a que pertencem? Entendemos que são questões que definem os critérios de uma ética de responsabilidade. Daí que compartilhamos a idéia de Assy (2007, p. 52), quando afirma que o critério final de uma ética da responsabilidade “é quem somos na visibilidade do espaço público”. E complementa:

não se trata de um *self* a serviço do bom homem interior, mas, antes, de uma espécie de um *social self*, que exerce papel fundamental na constituição de quem somos no espaço público. Esse entendimento nos convoca a repensar sobre os modos como nos posicionamos e sobre *quem somos* nos espaços públicos na saúde. É mister ressaltar que nas últimas décadas presenciamos o surgimento de novos arranjos sociais de enfrentamento dos problemas de saúde, que têm nas idéias de redes sociais, de mediadores e de apoio social uma contribuição epistemológica absolutamente fundamental para compreender os modos de se viver em sociedades complexas, com altíssima fragilidade social, que demandam práticas terapêuticas eficazes e singulares. (ASSY, 2007, p. 52-53).

De outro lado, observamos que na esteira do processo de civilização tecnológica ao qual essas sociedades modernas e complexas vêm sendo submetidas, a expectativa do progresso técnico-científico traz vários desafios à ética da responsabilidade. Assim, a terceira parte desta coletânea propõe o debate, que no campo da saúde ganha notoriedade e expressão, sobre a necessária (re)conciliação entre ética e técnica, o que nos exige o alargamento de nossa mentalidade acerca da produção do cuidado, mais especificamente no que diz respeito às relações entre tecnologias educacionais e de saúde. E, nessa perspectiva, as práticas educativas na saúde assumem uma potência

epistemológica profícua, pois ao assumirmos a integralidade como princípio educativo, teríamos o agenciamento de saberes na e para a formação, em diferentes espaços-cotidianos, sejam eles na cidade ou no campo, mas sustentando uma *praxis* responsável, sendo a responsabilidade a ética do futuro do mundo em que vivemos.

Sobre as implicações do progresso científico e tecnológico em sociedades como a nossa, nos apoiamos em Hans Jonas, que nos alerta: “as expectativas de milagres instiladas pelo desejo ou pela necessidade são freqüentemente alimentadas por uma crença supersticiosa na onipotência da ciência” (JONAS, 2006, p. 206)<sup>3</sup>. A esse tipo de crença pertence a confiança de que “a técnica” será capaz de dominar os problemas que ela mesma criou e que basta aperfeiçoá-la para descobrir o remédio contra os males que ela provoca. “Somente a espada que causou a ferida pode curá-la” (JONAS, 2006, p. 206). E acrescenta: “essas questões põem na ordem do dia a idéia de homem: também sobre ela se estende a responsabilidade do homem público, seu conteúdo último e ao mesmo tempo o mais próximo, o núcleo da sua totalidade, o verdadeiro horizonte de seu futuro” (JONAS, 2006, p. 206).

Na quarta e última parte da coletânea, elegemos o tema “O Outro como a face do cuidado: a produção do comum na atividade do cuidar”, por entendermos que reúne desafios na produção do conhecimento – enfim, dos saberes e práticas a serem reconhecidos em nossas reflexões sobre o modo como vamos nos “abrir ao outro”. Superar as dicotomias entre subjetividade e objetividade para forjar uma nova teoria da humanidade (ou da solidariedade?). Teoria que seja capaz de desconstruir esses saberes fatiados, que cortam as práticas em pedaços, fragilizando ainda mais a vida, a existência no mundo. Enfim, estamos falando do mundo que inclui a vida daqueles que cuidam, dos que são cuidados e daqueles que ensinam e aprendem a cuidar. Afinal, ver o mundo pelo ponto de vista do outro é uma ação política por excelência (ARENDDT, 2008).

Entendemos que a produção do comum na atividade do cuidado é uma inevitável prática ética, no sentido arendtiano do ter-

mo, pois “o fundamental para uma práxis ética, que só se revela no mundo das aparências, é como cada um se singulariza por meio de seus atos e palavras, de modo a atrelar singularidade e responsabilidade” (ASSY, 2004, p. 53). Os textos aqui reunidos tratam dessa possibilidade, quando apresentam iniciativas de pesquisas que consideram a experiência, o imaginário coletivo, a partir da leitura desses sujeitos em ação na saúde, seja na formação ou no serviço, de modo a nos ajudar a efetivar a integralidade como um fato real. Fato que consiste na inesgotável fonte de conhecimento capaz de subsidiar o ensino e aprendizagem de médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e tantos outros e diferentes cuidadores.

Algumas escolhas sobre o modo de agir e pensar na direção da responsabilidade com a integralidade em saúde sem dúvida não se iniciam com estes textos e nem se encerram neles. Aliás, é fundamento primeiro de nosso trabalho esta característica de “obra aberta” de nossas reflexões. É esse fundamento que orienta nossas produções sobre integralidade, pois traz as críticas encarnadas, indiciárias, desfragmentadoras e muitas vezes indignadas sobre o saber-fazer em saúde, escancarando o compromisso público e inadiável de se combater o utilitarismo nas relações sociais e de produção. Com isso queremos combater a fragmentação, o desrespeito à dignidade humana, o esvaziamento do conceito da vida como fonte de valores humanos, cuja saúde não deve ser reduzida à ausência de doenças. Se reconhecemos que todas essas atitudes são fruto de ação humana, havemos de pensar, praticando, que novas ações humanas são necessárias para desconstruí-las, desnaturalizá-las em nosso cotidiano, sobretudo nas instituições, do qual a universidade não escapa. Isso significa reconhecer “o valor epistemológico da experiência como exercício do pensamento legítimo com origem na realidade dos acontecimentos” (ARENDDT, 2008, p. 54). Reativar a “maienêutica” – atividade política – como frutos que não podem ser medidos pelo resultado de se ter chegado a esta ou àquela verdade geral.

Talvez o tema deste seminário seja o mais difícil de se discutir ou de “obter o aceite” daqueles que nos acompanham no debate sobre integralidade, pois parece que estamos diante de um contexto pessimista de “banalização da (des)integralidade”. Ou, quando falamos

<sup>3</sup> Ver também os trabalhos de Camargo Jr., que vem desenvolvendo estudos sobre a filosofia da ciência.

da integralidade no contexto do SUS, de suas inovações, parece que estamos falando de “Alice no País das Maravilhas”. Integralidade significa responsabilidade, sim, é reconhecer as conquistas, mas atuar no sentido de defendê-las, e buscar aprimorá-las. Então, quando falamos de responsabilidade neste livro e no VIII Seminário do Projeto Integralidade, não falamos de culpabilização. Propomos um modo alargado de se pensar a própria pertença ao mundo da saúde, não confinando sua compreensão somente na relação de indivíduos ou grupos, a partir de uma certa identidade, mas de singularidades, que necessariamente é relacional e, assim, porta razões públicas (de integralidade?) capazes de cumprir o direito humano à saúde. Sem dúvida, ao assumirmos essa direção, inevitavelmente teremos que pensar em estratégias/práticas de se impedir a radicalidade dos interesses particulares e privados na saúde, que tanto ameaçam os valores éticos inerentes à integridade de cada um de nós.

Certa vez, ao término de uma das inúmeras reuniões de pesquisa, perguntamos aos alunos (doutorandos, mestrandos e graduandos) e pesquisadores o que eles gostariam que fosse abordado com relação ao tema “responsabilidade e integralidade na saúde”. Alguns responderam: gostaríamos que o seminário, assim como os capítulos do novo livro fossem, antes de qualquer coisa, otimistas, que estimulassem os profissionais, pesquisadores e alunos a continuarem na luta por uma sociedade mais justa e do SUS. Outros responderam que gostariam que tivéssemos textos que defendessem uma ciência que afirmasse a vida das pessoas e não “dos cientistas”; não os interesses particulares e individuais, mas os coletivos.

Enfim, entendemos que há uma emergência sobre como responder à necessidade do outro, portador da qualidade de ser humano, como nos ensina Hans Jonas, de manutenção de sua integridade no mundo que habita. Pensamos que estamos falando do futuro, que nos exige uma ética de existência, e aqui propomos a ética da responsabilidade, a ética da integralidade, uma ética do futuro.

Bem-vindos a mais este espaço público e dialógico e boa leitura a tod@s.

## Referências

- ARENDDT, H. *A promessa da política*. Belo Horizonte: Difel, 2008.
- ASSY, B. Introdução à edição brasileira: Faces privadas sem espaços públicos: por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 2004.
- GOMES, R. S. *et al.* A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 105-116.
- JONAS, H. *O princípio da responsabilidade como princípio*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.
- JULIEN, F. *Traité de l'efficacité*. Paris: Grasset & Fasquele, 1976.
- LUZ, Madel. T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 31-36.
- 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: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.

## PARTE I

**Responsabilidade e decisão na  
produção do cuidado: por uma fundação  
do *ethos* público na saúde**

# Epidemia de dengue e responsabilidade das autoridades sanitárias: é possível fundar um *ethos* público na saúde?<sup>1</sup>

EDUARDO STOTZ

## Introdução

O convite para participar da mesa “Responsabilidade e decisão no cuidado: é possível fundar um *ethos* público na saúde?” surgiu no contexto de um debate na lista da Rede de Educação Popular e Saúde, a propósito da epidemia de dengue ocorrida entre janeiro a maio de 2008 no município do Rio de Janeiro. Os conflitos de poder entre as três instâncias da autoridade sanitária que vieram à tona durante a epidemia foram ressaltados por mim na perspectiva da responsabilidade sanitária nos termos do projeto de lei nº 4.010/2004, em contraste com a defesa de uma posição recentralizadora por parte dos governos federal e estadual.<sup>2</sup>

A pergunta “é possível um *ethos* público na saúde?” é, por assim dizer, dramatizada pela conjuntura que vivemos. A recorrência da epidemia desde 1986 parece ser um atestado da falência do ente público e uma resposta negativa à pergunta aqui proposta.<sup>3</sup> Ainda assim, devemos esperar e, muito importante, cobrar responsabilidade das autoridades sanitárias. Porém, se vale perguntar: podemos pensar esta responsabilidade diante das epidemias sob o ângulo do

---

<sup>1</sup> Texto apresentado ao VIII Seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro, 10 a 12 de setembro de 2008, na mesa-redonda “Responsabilidade e decisão no cuidado: é possível fundar um *ethos* público na saúde?”,

<sup>2</sup> “Memórias da epidemia de dengue”, matéria publicada no blog da página *Neste Mundo Vão*, em 18 de abril de 2008.

*ethos* público? – gostaríamos de acrescentar outra questão: qual o aprendizado político que podemos fazer a partir do exame desta epidemia? Para a nossa sorte, contamos, nesta avaliação, com a participação de um professor e pesquisador com profundo conhecimento do problema.

### Considerações terminológicas e conceituais para definir o campo do debate

Obviamente, antes temos de nos fazer entender sobre os termos propostos nesta mesa-redonda: o que vem a ser *ethos*? A palavra dicionarizada *ethos* ou etos tem os seguintes sentidos: 1) modo de ser, temperamento ou disposição interior, de natureza emocional ou moral; 2) o espírito que anima uma coletividade, instituição, etc.; 3) Sociol. Antrop. Aquilo que é característico e predominante nas atitudes e sentimentos dos indivíduos de um povo, grupo ou comunidade, e que marca suas realizações ou manifestações culturais. (DICIONÁRIO, 1999). Esta definição é a mesma do *Dicionário de Ciências Sociais* (SILVA, 1987). *Ethos* ou etos é uma característica ou caráter do qual derivam comportamentos.

Trata-se, portanto, de um termo carregado de subjetividade, quando não de preconceito, ao ser aplicado a um povo. Quais são os traços de caráter e tipos sociais característicos, vale a redundância, singulares do “ser brasileiro”? Há um *ethos* nacional?

Um exame mais aprofundado (LAVALLE, 2001) remete-nos à literatura sociológica, política e filosófica, a envolver pensadores tão diversos como Raymundo Faoro, José de Souza Martins, Vera da Silva Telles, Guillermo O’Donnell, Teresa Sales, Roberto Da Matta e Marilena Chauí, no compartilhamento da idéia de um *ethos* diretor da vida pública marcado pela dádiva, tutela e favor como

<sup>3</sup> Fala-se da criação de uma Força Nacional de Saúde como forma de dar conta da gravidade da epidemia que, entre 1996 e 2006, passou de 1.753 para 3.970 municípios. Mas será um atestado de falência da municipalização como estratégia adotada de descentralizar a gestão do sistema. Por outro lado, Sérgio Côrtes, Secretário Estadual de Saúde declarou (*O Globo*, 9 abr. 2008: “Cartada para evitar nova epidemia”) que o atendimento básico à saúde da população da zona oeste por parte do governo estadual consta entre as metas do governo. O título da matéria aponta para a ‘solução política’ da epidemia num ano de eleições municipais.

parte da tentativa de entender as características da relação entre sociedade e Estado no Brasil.

Por outro lado, em que sentidos o adjetivo *público* modifica o termo? Quando transposto para a vida pública ou para o espaço da política no âmbito de um Estado nacional, o termo assume o sentido geral da ética, do dever agir. É o campo da finalidade do Estado.

Uma novidade oriunda no setor privado – a *corporate governance* – começou a ser introduzida no campo da teoria política a partir das reformas de Estado propugnadas pelo Banco Mundial depois consensuadas em Washington no ano de 1989 pela mesma instituição multilateral, o FMI e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos. Trata-se da governança pública. Formulada em nosso país pioneiramente por Luiz Carlos Bresser-Pereira, quando titular do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), governança tornou-se sinônimo, como o próprio autor assinala, de organização estatal eficiente, capaz de fornecer, a baixo custo, serviços sociais e científicos exigidos pela sociedade num contexto de competitividade internacional (BRESSER-PEREIRA, 2007). Governança pública inclui o aspecto organizacional (estrutura) e o gerencial (responsabilização). O autor pretende que, deixado de lado o papel do Estado, sob o ponto de vista organizacional governança, o modelo é “relativamente neutro em termos ideológicos”, pois funcionará tanto num Estado social-democrata como num neoliberal.

Etos passou a ser uma exigência da “boa governança”, ao correlacionar fins e meios, uma vez que objetivos planejados implicam a contratualização de resultados pelos prestadores de serviços pelos governos, em regime exclusivamente público (cada vez mais raro) ou de co-produção entre setor público e privado (mais freqüente). A agregação de valor tornou-se um critério importante na avaliação das “boas decisões” dos governos (GAETANI, 2006), na medida em que as administrações se tornaram mais empresariais, menos onerosas e mais eficientes, embora pouco simpáticas aos cidadãos (KISSLER; HEIDEMANN, 2006). Porém governança pública é, como os autores assinalam, um conceito sociologicamente amorfo, porque:

Não existe um conceito único de governança pública, mas antes uma série de diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual

e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil (coletivos e individuais), por outro. (KISSLER; HEIDEMANN, 2006, p. 479).

Os autores põem o acento na questão crucial das relações entre as autoridades nos diferentes níveis de governo e destas com a sociedade civil. É esta relação complexa a ser resgatada, mas, devido à polissemia do termo *ethos* ou etos, inclusive na sua adjetivação, prefiro deixá-lo de lado para uma futura reflexão, palmilhando o caminho realizado por Adrian Laval em sua tese de doutoramento (LAVALLE, 2001).

Deixando de lado o termo *governança*, optei pelo mais conciso de *governabilidade*. A governabilidade, diz Offe (1984), é a arte dos governos de selecionar interesses dada à contradição, na qual o Estado está enraizado, entre acumulação de capital e demandas sociais dos trabalhadores. Essa seletividade precisa, em decorrência do pêndulo para o lado da acumulação, incorporar as demandas sociais, o que tem se viabilizado historicamente por uma combinação entre crescimento do emprego e compensação social dos incapazes de participar regularmente do mercado de trabalho.

Uma vez admitida a governabilidade nestes termos, não há a possibilidade de admitir o bem comum como finalidade do Estado, ideal tão abstrato como o cidadão, o povo ou a nação enquanto referenciais de sua legitimidade (O'DONNELL, 1981), ainda que o ideal seja uma abstração socialmente compartilhada e os sujeitos se percebam como cidadãos, parte do povo ou da nação. Por isso mesmo não existe “corrupção da república” tal como teria existido num momento fundacional, degenerado posteriormente numa oligarquia em que o “povo” somente pratica a democracia no dia das eleições.

Contudo, é indispensável assinalar uma ressalva: a abstração socialmente compartilhada pode ser *fecunda*, quer dizer, os sujeitos podem querer torná-la real, como assinala Marília Spósito (1993), a propósito da luta das classes trabalhadoras pelo direito à educação pública.

Descortina-se aqui a importância do pensamento da filósofa política Hannah Arendt a propósito da república como governo dos cidadãos ativos, voltado para ampliar os espaços para este exercício, com livre debate de opiniões e capacidade de organização para além dos processos de representação, quer dizer, a produção da política

nos espaços da democracia direta. O “bom governo” o é, na medida em que se articule de modo federado (poder horizontal) apoiado nas formas da democracia direta inventadas na ação (ARENDDT, 1988). Certamente é uma utopia, mas é a utopia necessária para construir um “horizonte de futuro” no mundo globalizado em que vivemos.

Faço, portanto, uma opção neste campo, pelo pensamento que situa o Estado como república para além da democracia formal, para além das eleições e do jogo de partidos, num diálogo entre Hannah Arendt e Rosa Luxemburg proposto por Carmelita Brito de Freitas Felício (2006). É um diálogo político referenciado na ideia da democracia como um valor histórico, em contraposição à democracia como valor universal (LESSA, 2007).

### A luta política pela saúde: análise da epidemia de dengue

Voltemos a falar de saúde, de responsabilidade das autoridades diante dos problemas de saúde, dos sistemas e das políticas adequadas para sua abordagem e resolução. Trata-se então, face à perspectiva autoritária de programas verticais recentralizados que está sendo apresentada como única possível, de contrapor o pensamento arendtiano da república como espaço federativo baseado na mais ampla participação popular possível, a favor de propostas de “programação estratégica local” (SABROZA, 2008). Pois o local é o âmbito das forças atuantes no território, dos saberes locais e da inventividade da república que contém, em suas determinações, os níveis regional e global.

Examinemos agora a epidemia de dengue do ponto de vista político. Começo por dizer que entendo doenças e epidemias como crises ou desorganização das relações nos níveis individual e coletivo de uma comunidade ou de um grupo social que deslegitimam a ordem social. Isso acontece quando a medicina e a política de saúde, como respostas oficiais a estas crises, fracassam. Há de se pressupor, evidentemente, a medicina como compensação individual e a política de saúde, no nível coletivo, a problemas decorrentes da estrutura social, uma concepção elaborada por Vicente Navarro (1977) e desenvolvida por Maria Andréa Loyola (1984). Importa desde logo dizer que doenças transmissíveis (tuberculose, dengue) e não-transmissíveis (cardíacas, câncer), estresse, violências, drogadição e

obesidade estão relacionadas, de modo complexo, a problemas como desemprego, precarização das relações de trabalho, moderno trabalho escravo, migrações, sexismo e racismo característicos da atual estrutura socioeconômica baseada no sistema capitalista.

Quando pensamos em epidemias como um aumento súbito e grande do número de doentes (casos de doenças), acima do limiar esperado, admitimos a permanência da doença em estratos da população socialmente vulneráveis. Então geralmente vinculamos doenças à pobreza. Mas as epidemias devem ser analisadas na relação entre pobreza e riqueza, tanto do ponto de vista da renda como dos meios e possibilidades de vida – o que inclui o acesso à infraestrutura pública ou serviços básicos coletivos.

Epidemia como fato social é uma elaboração de Evan Stark (1977), mas como o acesso ao artigo dele é dificultado por não se encontrar disponível gratuitamente na internet, lanço mão da boa síntese e interessante apropriação do pensamento do autor citado desenvolvidas na tese de doutoramento de José Wellington Gomes Araújo sobre a epidemia de meningite ocorrida no município do Rio de Janeiro em 1990.

A dinâmica política da epidemia analisada por Stark (1977) baseia-se no caso da febre amarela ocorrida em Nova Orleans (EUA) em 1853, sistematizada em seis estágios. Cito aqui Araújo (2004, p. 88-9):

- a) Condições para o aparecimento da febre amarela em Nova Orleans: cidade próspera e com escassez de mão-de-obra; intenso fluxo migratório e exploração intensiva da mão-de-obra; crise nos serviços e na habitação.
- b) Recessão e êxodo: com a mortalidade pela epidemia o comércio fecha as portas e as pessoas fogem da doença e do desemprego.
- c) Colapso da autoridade: dissolve-se a infra-estrutura da classe média; ocorrem rebeliões e os prédios destinados à quarentena são incendiados.
- d) Semblante da comunidade: as vítimas procuram alternativas nos remédios caseiros e práticas tradicionais; desenvolvem-se redes informais de ajuda mútua; ganham força as dimensões simbólicas do sofrimento, morte, salvação, misericórdia e heroísmo.

e) Reconhecimento da epidemia: a admissão do estado de calamidade implicaria investimentos nos serviços sociais e na atenção médica, além de ser uma imagem ruim para o comércio, por isso as autoridades resistem. Mas, pressionadas pelos acontecimentos, elas reconhecem a epidemia, o que aumenta a crise mas, ao mesmo tempo, a delimita.

f) Reconstituição da autoridade: as redes informais de ajuda mútua são reconhecidas e absorvidas pelo aparato estatal, e algumas lideranças populares são inclusive investidas de poder de polícia, o que levou à fragmentação e enfraquecimento dessas organizações. Houve mudanças na legislação, com incorporação de mais autonomia para os trabalhadores, e as demandas imediatas foram atendidas.

Como José Wellington argumenta em sua tese de doutorado, esses estágios ainda servem para interpretar as epidemias contemporâneas do ponto de vista político. O uso que faço desta sistematização para entender a epidemia de dengue no Rio de Janeiro em 2008 é bastante limitado. Tenho a pretensão de fazer uma aproximação à abordagem de Stark para situar a questão proposta nesta mesa-redonda acerca da possibilidade “de se fundar um *ethos* público na saúde”.

Vejamos inicialmente como Stark (1977, p. 4-5) define a epidemia como um fato social:

Na medida em que se pode atribuir epidemias a causas sociais claramente definidas como pobreza, superpopulação ou distribuição desigual de serviços, elas podem ser pensadas como sendo – até certo ponto, propositadamente – feitas pelo, com e também para o povo. Neste contexto, sua definição é um fenômeno dinâmico constituído politicamente e também cientificamente, nas lutas que ocorrem junto com a doença física. Pretendo mostrar que pessoas, e mesmo cadáveres, não são simplesmente ordenados em séries por alguma força ou agente externo durante uma epidemia, mas que suas vítimas e perpetradores definem ativamente seu contexto e significado.

As condições para o surgimento da epidemia de dengue no município do Rio Janeiro durante o primeiro semestre do corrente ano foram, de acordo com Paulo Sabroza (2008b), determinadas pela: a) a ausência de circulação do dengue tipo 2 por mais de 10 anos; b) alta vulnerabilidade socioambiental; c) baixa efetividade das ações de controle.

Ao lado do enorme número de suscetíveis, principalmente crianças, devido ao tempo decorrido desde a circulação do dengue tipo 2, cabe mencionar as dificuldades de saneamento básico e problemas de habitação, nos quais avulta a questão fundiária, que foram condições favoráveis aos elevados índices de infestação do vetor – tudo convergindo para demonstrar, *a priori*, com base nos dados de 2007, o potencial de transmissão do dengue.

Um aspecto importante tem sido, historicamente, a baixa efetividade das ações de controle do vetor. A prefeitura, responsável pelo controle de vetores – insetos, ratos, etc. – deixou de aplicar nesta atividade 12 milhões de reais. De acordo com o Tribunal de Contas do Município, parte do recurso foi desviada para a remoção do lixo hospitalar. A fiscalização, ademais de precária, foi limitada em cerca de 40% dos imóveis, pois os agentes foram impedidos seja “por resistência dos moradores ou por terem sido barrados por traficantes nas favelas”. Por último, a baixa cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) na cidade do Rio de Janeiro (com 147 equipes ou 5% das necessidades) também contribuiu negativamente, pois os agentes comunitários de saúde que desenvolvem trabalho de prevenção (O GLOBO, 9 abr. 2008) não puderam ampliar sua atividade.

Por outro lado, a rede de saúde municipal está organizada para priorizar os serviços de urgência, sem o apoio amplo da atenção básica que seria capaz de identificar os casos graves de dengue para o atendimento de maior complexidade. O sistema municipal não tem, até o momento, esta capacidade.

Não é por acaso, portanto, que a Secretaria Municipal de Saúde tenha-se aferrado ao instrumental epidemiológico para afirmar que o número de casos estava abaixo do esperado em relação às epidemias anteriores.

A par da negação política oficial da epidemia, repetindo o observado em Nova Orleans em 1853 e na cidade do Rio de Janeiro em 1990, estamos diante de um problema estrutural, resultado da intensa medicalização das demandas sociais desde a implantação da medicina previdenciária estatal, mais fortemente a partir do regime militar que depois se segmentou, nos anos 1980, em setor privado autônomo e público (estatal-privado conveniado). A política de saúde,

centrada na atenção médica, deslocou a ênfase na melhoria da qualidade de vida e, pois, na mudança dos determinantes de saúde e doença das populações, para favorecer a acumulação de capital do complexo médico-empresarial.

Poder-se-ia dizer que a epidemia afetou todos os grupos sociais na cidade do Rio de Janeiro. Mas não é verdade, pois o maior peso recaiu sobre a parte mais pobre. Experiências recorrentes da dengue desde 1986 têm levado a parte mais pobre da população da cidade do Rio de Janeiro a perceber que é quase sempre mais afetada do que a parte mais rica. De fato, epidemias são fenômenos de adoecimento coletivo que afetam desigualmente as populações, ao expressar em sua distribuição a estrutura de classes e de poder de uma sociedade. Ou seja, as epidemias afetam mais os grupos sociais sem propriedade, poder de manifestação e “vocalização de interesses” nos governos responsáveis pela saúde pública. É o que podemos deduzir da notícia “Turismo já sofre efeitos da epidemia de dengue”, divulgada na Agência Brasil em 28 de março de 2008:

Os hotéis, disse, têm recebido telefonemas de agências e turistas indagando se estão próximos de áreas infestadas. “O turismo de lazer foi afetado, mas não o de negócios – a pessoa que vem a trabalho procura ficar longe das maiores concentrações de focos do mosquito transmissor”, acrescentou.

O pânico desempenhou também seu papel na epidemia e, contrariamente à experiência pretérita de Nova Orleans, não conduziu a uma “fuga da classe média” e sim a tentativa de criar barreiras à infestação do vetor.

A burguesia carioca, moradora das áreas nobres da Zona Sul do Rio de Janeiro, reagiu à ameaça da epidemia com o uso do poder econômico, tentando estabelecer pelo bombardeio de inseticida uma espécie de “cordão ecológico” para protegê-la das demais áreas da cidade. No dia 2 de abril de 2008, o jornal O Globo publica, na página 17, matéria com uma fotografia que deveria constar nas manchetes: “Condomínio do Jardim Botânico lança nuvem de inseticida sobre o bairro”. Fica-se a saber que os moradores do condomínio Parque Monjope, que fica na área compreendida entre as ruas Jardim Botânico e General Tasso Fragoso, têm usado doses gigantescas de inseticida há algum tempo. De acordo com um porteiro

de um prédio defronte o condomínio: “Antes mesmo desta epidemia já faziam isso. Aumentaram a frequência agora, para umas três vezes por semana. Quando soltam o fumacê, os carros até acendem o farol para passar na rua”.

Ao ocupar o papel da prefeitura municipal no controle de vetores, o mercado capitalista acionado por pessoas jurídicas<sup>4</sup> contribui mais para eliminar todos os insetos e matar passarinhos, do que para eliminar o mosquito *Aedes aegypti* já resistente ao veneno, como informou Maulori Cabral, professor de microbiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro na mesma matéria jornalística.

A responsabilização das autoridades tornou-se imediata quando a rede de urgência atingiu mais fortemente o setor privado, que também entrou em colapso. Então o assunto entrou na pauta oficial da televisão: os repórteres adentram hospitais privados para retratar a situação dramática que afeta a outra metade da cidade que usa planos de saúde. A matéria do programa Bom dia Brasil de 01 de abril de 2008 começa por noticiar que há 67 mortos por dengue e grande sofrimento na porta dos hospitais. Fala dos hospitais de campanha “primeiro sinal de paz na guerra contra a dengue”, numa situação de colapso nos hospitais públicos e em seguida pergunta pela situação na rede privada que cobre 50% da população da cidade do Rio de Janeiro. Informa que um hospital particular na Zona Norte, de fevereiro para cá o número de atendimentos aumentou de 4.000 para 8.000. O número de casos de dengue notificados triplicou, passou de 100 para 300 por mês desde fevereiro. O crescimento foi rápido, de um dia para outro, diz a repórter. Depois a matéria fala de situação semelhante em hospital particular em Copacabana. O presidente da Federação dos Hospitais do Es-

<sup>4</sup> Por curiosidade, registrei a expressão Parque Monjope, Rio de Janeiro, na página de busca da internet. Apareceu o nome da empresa Sanisystem, uma “empresa de desinsetização pioneira no conceito de equilíbrio ecológico” seguida de uma relação dos muitos clientes atendidos: Furnas, Laer Engenharia e Arquitetura, CMN, Natan, Associação Britânica de Educação, Condomínio Atlântico Sul, Condomínio do Edifício Ana Beatriz - Barra da Tijuca, Condomínio do Edifício Parque da Gávea, Condomínio Residencial Parque Monjope, Condomínio do Edifício Vieira Souto - Ipanema, Chicó Gouveia Arquitetura Ltda., Condomínio Golden Green, F.P. Veiga Engenharia Ltda, Hochtief do Brasil S/A, Hospital Samaritano, Hospital São Vicente de Paula, Jairo de Sender, São Marcos Agropecuária Ltda. e Tempore Engenharia.

tado do Rio de Janeiro, José Carlos Abrahão, declara à reportagem que os hospitais privados estão funcionando no limite da capacidade de atendimento, sem dispor de vagas no serviço de pediatria.

Menos de um mês antes, o colapso do sistema de saúde já estava evidente, enquanto persistia a negação oficial da epidemia. Então o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro, Jorge Darze, declarou publicamente que iria entrar com queixa-crime nos Ministérios Públicos Estadual e Federal contra as três esferas de governo – Prefeitura, Estado e União – por omissão e negligência diante da epidemia:

Está caracterizado que estamos vivendo no Rio um quadro grave de epidemia de dengue pelo grande número de casos notificados e que já não estão mais concentrados neste ou naquele lugar. Também muito nos preocupa que o estado viva até hoje dentro de um estado de calamidade pública na saúde, que foi reconhecido pelo presidente da república em 2005, disse Darze (GLOBO.COM, 19 mar. 2008).

De fato, o SUS não se mostrou um meio adequado para a mobilização dos atores institucionais que deveriam estar igualmente comprometidos diante da calamidade. Sabemos que a responsabilidade mais imediata pelo acontecido é do município, mas a supervisão e a avaliação e a participação direta em ações suplementares são atribuições dos governos federal e estadual (SABROZA, 2008a).

E a organização popular? Diferentemente da epidemia de dengue de 1991, quando profissionais de saúde se juntaram ao movimento popular para denunciar a negação oficial da epidemia em praça pública, no movimento Se Liga Leopoldina, desta vez nem os representantes dos usuários se manifestaram, deixando patente como a dinâmica do controle da gestão do sistema dificulta a mobilização popular.

Outro lado da situação foi a perversidade e humor negro manifestadas durante a epidemia pelo diretor-adjunto da Defesa Civil do município, coronel José Sant’Ana Mateus, que culpou a população pelos altos índices de infestação do vetor, ao mesmo tempo em que a página da instituição na internet divulgou uma charge no qual um mosquito pragueja, com as patas na cintura, diante do Cristo Redentor e do Pão de Açúcar: “Por que será que eu não consegui

me criar nesse lugar?” (FOLHA DE SÃO PAULO ON-LINE, 25/03/2008: “Site dos bombeiros do Rio ironiza mosquito da dengue):



<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u385517.shtml>

A culpabilização da população pelo nível de infestação do vetor foi, neste caso, apenas a exacerbação de uma representação social generalizada pelas autoridades e pela mídia, que atribui ao indivíduo, ao cidadão, a responsabilidade pelos agravos ou doenças. O resultado, diz ainda Sabroza (2008a), nas epidemias, é que os indivíduos não se reconhecem como parte da sociedade, do grupo ou do lugar. Para todo e qualquer problema, “o inferno são os outros” (Sartre).

Março foi o auge da epidemia. A contabilidade da tragédia registra no dia 20 de março 30 mortes em 23.555 casos registrados desde janeiro, das quais a maioria é de menores de 15 anos. No dia 22 de março, a Agência Brasil noticia: “Rio de Janeiro - A busca por atendimento de pessoas com suspeita de dengue lotou os guichês de emergência neste sábado (22) nos hospitais públicos das zonas norte e oeste do Rio”.

É nesse momento (24 de março) que a autoridade federal, articulada à estadual, intervém oficialmente. Monta-se um sistema de atendimento emergencial de campanha na qual uma força-tarefa de militares apóia a ação de médicos contratados em caráter excepcional, a

maioria vinda do Rio Grande do Sul. Logo em seguida, a TV Globo entra na campanha pela doação de sangue, convocando artistas para dar forma e corpo às palavras “mobilização e solidariedade” do lema “Todos juntos contra a dengue”. (RJTV, 27/03/2008)

A autoridade é reconstituída com apoio da “sociedade civil esclarecida” que lança ao esquecimento os dias de pânico, dor e sofrimento.

### **A título de conclusão: a responsabilidade do Estado e as opções de políticas**

A gravidade da epidemia de dengue de 2008 foi, diante do esperado e anunciado, a alta letalidade que poderia ter sido evitada não fosse a incapacidade do sistema de saúde proceder a uma triagem dos casos graves e tratá-los adequadamente. Esta é a razão do colapso dos serviços e da autoridade que conduziu aos hospitais de campanha como parte da estratégia de “guerra contra a dengue”.

Mas o quadro mais abrangente desta crise é a do próprio SUS que no município do Rio de Janeiro apresenta uma profunda distorção na relação entre atenção básica e especializada, bem como de problemas administrativos e de gestão decorrentes de uma municipalização truncada. Prevalece o interesse privado sobre o público, o atendimento médico especializado sobre o clínico, a medicalização sobre as ações de saúde coletiva.

Obviamente, a prevenção de novas epidemias e o enfrentamento do complexo perfil epidemiológico-social da população depende de políticas públicas adequadas de saneamento, habitação, uso do solo urbano e transporte, bem como da diminuição da desigualdade de renda. No entanto, a decantada intersectorialidade continuará a compor a retórica oficial, inclusive acadêmica, como letra morta enquanto não houver uma pressão consistente para implementá-la. Qual a importância e o papel do Sistema Único de Saúde neste processo, inclusive como uma das premissas para a superação da crise a que nos referimos no início desta intervenção?

Como assinalou Gastão Wagner na resposta aos debatedores de seu artigo na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, o SUS representa um conjunto de forças sociais que podem ser mobilizadas (CAMPOS, 2007), com a ressalva feita de que, por ser um sistema misto, estatal-privado, nem todas as forças sociais têm interesse na mudança dos

determinantes do processo saúde-doença, pois uma parte considerável do setor privado funciona como uma espécie de “indústria da doença”. Mas os profissionais e técnicos vinculados ao setor estatal, em aliança com as organizações dos usuários, dispõem e têm interesse na possibilidade legal de formular a política de saúde em cada esfera de governo. Registro aqui o art. 14º. Do projeto de lei da responsabilidade sanitária 4.010/2004, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), infelizmente arquivado em 2007 por falta de interesse político:

Os Planos de Saúde deverão prever a obtenção de resultados, de acordo com as metas pactuadas nas instâncias colegiadas do SUS, pelo menos de: redução das desigualdades em saúde; ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção; redução dos riscos e agravos; o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento.

A mobilização das forças interessadas na organização do SUS para a obtenção destes resultados é o que ainda devemos esperar e lutar para que aconteça, em cada conferência de saúde, nos níveis distrital, municipal, estadual, regional e nacional. Não há outra forma de quebrar com o monopólio dos interesses privados no interior do SUS senão por este processo, numa retomada do movimento da Reforma Sanitária em sua vertente popular-democrática.

Então fica evidente a responsabilidade de todas as autoridades sanitárias. O argumento técnico (epidemiológico) que aparece como uma vantagem política favorável à autoridade em qualquer nível de governo, precisa ser relativizado em cada conjuntura, na análise das situações críticas, de modo a estabelecer a intervenção concertada de todos os níveis de autoridade, cada qual com suas atribuições.

A participação popular não é uma coadjuvante e sim essencial da política pública, seja na determinação dos objetivos do sistema de saúde como assinalamos acima, seja na prevenção de agravos. Neste último aspecto há de se combinar, por exemplo, a democratização da informação sobre índices de infestação do vetor da dengue nos bairros, de modo a redirecionar as ações de controle, como propõe Paulo Sabroza (2008a), com a mobilização espontânea da população, para evitar o predomínio de interesses ou de privilégios na relação com as autoridades.

Isso implica um novo olhar dos técnicos, gestores e profissionais de saúde sobre a população e os usuários dos serviços de saúde. Há de se reconhecer neles os cidadãos interessados no direito à saúde. Uma nova educação em saúde pública supõe abandonar qualquer tentativa de infantilizar os cidadãos, com base na alegada baixa escolarização ou ignorância científica da população. É fundamental encontrar a linguagem adequada para elevar o nível de consciência sobre o processo de saúde-doença: cada um de nós precisa entender a nossa vida como parte de uma ampla e diversificada “dinâmica entre populações”. A vida humana é uma disputa permanente com vírus, bactérias, protozoários. Assim tem sido há milhares de anos e continuará a ser por outros tantos, apesar do sucesso em erradicar alguns microorganismos, imunizar populações e controlar as infecções com certo sucesso. Falar em educação significa, de um lado, apontar a responsabilidade dos governos pela oferta de serviços públicos básicos de qualidade para todos. Por outro lado, admitir que os meios de vida, como a água encanada, possam veicular, direta ou indiretamente, fontes de doenças e em certos casos de mortes, significa também lutar contra a omissão ou negligência das autoridades diante de sua responsabilidade pública.

Retomamos finalmente as contribuições da filósofa Hannah Arendt e da militante Rosa Luxemburg sobre a reflexão sobre o estado republicano democrático. Se assumirmos a necessidade de responsabilizar os governos, qual deve ser o seu sentido político, especialmente no caso da saúde em exame? Está claro, por tudo o que dissemos: o da democratização do Estado republicano.

## Referências

- AGÊNCIA BRASIL, 26 mar. 2008: Turismo já sofre efeitos da epidemia de dengue no Rio, aponta associação. Disponível em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/26/materia.2008-03-26.0646477832/view>. Acesso em: 14 nov. 2008.
- ARAÚJO, José W. Gomes. *Saúde pública, epidemiologia e senso comum: epidemia de meningite como evento social*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo estrutural de governança pública. *RERE – Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado*, Salvador, n.10, julho/agosto, 2007.
- CAMPOS, Gastão W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

DICIONÁRIO AURÉLIO ELETRÔNICO SÉCULO XXI. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GAETANI, Francisco. Tendências internacionais da gestão pública contemporânea. Brasília, Ministério da Saúde, comunicação apresentada em 28 nov. 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/apresentacao\\_decima.ppt](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/apresentacao_decima.ppt). Acesso em: 14 jul. 2008.

GLOBO.COM. 19 mar. 2008: Sindicato dos Médicos diz que vai entrar com notícia-crime contra autoridades. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL356664-5606,00.html>. Acesso em: 14 jul. 2008.

GLOBO.COM. Vídeo Bom Dia Brasil, 01 abr. 2008. Hospitais privados ficam lotados por causa da dengue. Disponível em: <http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0,,GIM810070-7823-HOSPITAIS+PRIVADOS+FICAM+LOTADOS+POR+CAUSA+DA+EPIDEMIA+DE+DENGUE+NO+RIO+DE+JANEIRO,00.html>. Acesso em: 15 jul. 2008.

FELÍCIO, Carmelita B. A. Pensar a democracia para além das eleições. Texto apresentado no Seminário “Problemas do estado Democrático Contemporâneo. Eleições: limites e possibilidades da participação política democrática”, realizado em Goiânia, 2006. Disponível em [http://www.grupodemocracia.com/docs/Carmelita\\_Pensar%20a%20democracia%20para%20alem%20das%20eleicoes-comunicacao%20III%20Sem%20PDEC.doc](http://www.grupodemocracia.com/docs/Carmelita_Pensar%20a%20democracia%20para%20alem%20das%20eleicoes-comunicacao%20III%20Sem%20PDEC.doc). Acesso em: 14 nov. 2007.

KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *RAP*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-99, Maio/Jun. 2006.

LAVALLE, Adrián G. *Espaço e vida públicos*: reflexões teóricas e sobre o pensamento brasileiro. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, São Paulo, 2001.

LESSA, Renato. A teoria da democracia: balanço e perspectivas. In: PERISSINOTO, Renato M.; FUJS, M. (Orgs.). *Democracia*. teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicina popular. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil*: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

NAVARRO, Vicente. *Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina*. Textos de Apoio: Ciências Sociais – 1. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. p 81-161.

OFFE, Claus. Problemas estruturais do estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

RJTV 1ª Edição. 27 mar. 2008. Reportagens: Todos juntos contra a dengue. Disponível em: <http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL365928-9097,00.html>. Acesso em: 13 jul. 2008.

SABROZA, Paulo. Dengue no Rio de Janeiro: crise e controle de endemias no SUS. Encontro de Conjuntura e Saúde: O Aprendizado Político da Epidemia de Dengue no Rio de Janeiro aos 20 anos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 16

maio 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=5631&tipo=B>. Acesso em: 13 jul. 2008(a).

\_\_\_\_\_. Brasil deve aprender com a epidemia de dengue no Rio. Entrevista concedida ao Informe ENSP, 7 abr. 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/entrevista/index.php?id=9624>. Acesso em: 13 jul. 2008(b).

SARTRE, Jean-Paul. Entre quatro paredes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

SILVA, Benedicto (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Editora FVG, 1987.

SPÓSITO, Marília Pontes. *A ilusão fecunda*. a luta por educação nos movimentos populares. São Paulo: Hucitec, 1983.

STARK, Evan. The Epidemic as a Social Event. *International Journal of Health Services*, v. 7, n. 4, 1977.

# Responsabilidade pública e extensão universitária<sup>1</sup>

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES  
ROSENI PINHEIRO

## Introdução

A reflexão acerca da integralidade do cuidado em saúde, de sua incorporação como diretriz política e ética no Sistema Único de Saúde (SUS) tem possibilitado a ampliação do olhar para as práticas de atenção e de formação para o cuidado em saúde.

Segundo March, Fernandez e Pinheiro (2006), na área da saúde, os processos de mudança no ensino envolveram tanto as IES como as entidades profissionais (associações profissionais, conselhos profissionais, associações de ensino, dentre outras) e outros movimentos na área da saúde. Muitos desses movimentos se constituíram como sujeitos políticos inseridos no processo de formulação do ideário da Reforma Sanitária e na sua implementação a partir da Constituição de 1988. Esse pode ter sido o diferencial que permitiu a formulação das Diretrizes para os Cursos de Graduação em Saúde, contemplando princípios no sentido de garantir uma formação profissional centrada nas necessidades sociais de saúde, a partir dos princípios do SUS, enfatizando a integralidade da atenção e do cuidado em saúde. Na perspectiva dessa construção que se vai traçando e nos ajudando a compreender os processos que estão em curso no campo da

---

<sup>1</sup> O presente texto trata das principais questões que vêm sendo problematizadas no âmbito da tese de doutoramento da primeira autora, sob a orientação da segunda, recentemente qualificado em banca prévia no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ.

saúde, alguns aspectos se destacam e apontam para valores que estão presentes e que se incorporam no modo como aqueles processos são constituídos.

No que diz respeito à formação em saúde e sua articulação com os serviços de saúde, fica o questionamento sobre a mútua influência e as estratégias de que tanto as instituições de formação quanto as prestadoras de serviços de saúde lançam mão para defender seus interesses e valores nesses espaços dos serviços que ocupam simultaneamente. Nesses desafios e embates cotidianos, algumas práticas se destacam pela permeabilidade de nosso olhar sobre o outro, pela possibilidade de centrar o cuidado no usuário dos serviços, pela perspectiva de formar profissionais mais comprometidos socialmente.

Nessa perspectiva, destacaremos neste trabalho algumas questões relativas à atuação das universidades, no que concerne às diretrizes traçadas para a extensão e que, no caso dos cursos da área de saúde, têm contribuído para os processos de transformação em andamento.

### **A extensão universitária e o ensino na área da saúde**

A extensão universitária, no modo como tem se apresentado nos documentos oficiais, em relatos de experiências e na reflexão produzida a partir da experiência, demonstra potencial de transformação da formação em saúde, talvez em grande parte por sua natureza e configuração, amistosa à interdisciplinaridade e integralidade do cuidado em saúde. As diretrizes políticas<sup>2</sup> traçadas para a extensão a aproximam de desempenhar um papel para as universidades de responsabilidade pública no desenvolvimento de propostas e ações que propiciam o engajamento das mesmas em movimentos sociais e políticos, na definição de prioridades e da agenda de construção de políticas públicas.

A extensão universitária no Brasil tem sido objeto de ampla discussão no bojo da definição do papel social das universidades. A criação do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), em 1966, trouxe a discussão sobre a natureza das ações acadêmicas e a necessidade de institucionalização da extensão universitária como um dos eixos destas ações, ganhando destaque na sua

concepção de reestruturação da universidade e da explicitação da cobrança para que esta assumisse sua função social (DEMO, 2000). A universidade, vista como produtora de conhecimento, teria por dever utilizar sua produção para a solução de problemas sociais, mostrando assim sua relevância perante a sociedade. Esta é a concepção de extensão que o Ministério da Educação assume no Plano Nacional de Extensão, em vigor.

*A extensão deve ser realizada considerando o compromisso social da universidade enquanto instituição pública, empenhada no equacionamento das questões que afligem a maioria da população, devendo ser realizada preferencialmente em articulação com as administrações públicas. (BRASIL, 2001, p. 25).*

No que diz respeito à formação em saúde, os processos pedagógicos desenvolvem-se em parte, junto aos serviços de saúde como construção de saberes a partir de vivências concretas em cenários reais. É nesses cenários que observamos encontros de diferentes naturezas. São encontros de atores e suas concepções de mundo, de saúde e de cuidado em saúde. Encontros nos quais se estreitam afinidades e conflitos, onde aparecem diferentes entendimentos acerca da saúde e da educação, incluindo-se aí a própria questão da extensão como um das bases do tripé que sustenta a universidade. E é em relação às experiências vividas a partir da extensão, e não do ensino e da pesquisa, que menos se tem analisado a potencialidade de contribuição nos processos de formação. Castro (2004, p. 154) afirma:

*se compreendemos que a extensão possa ser uma forma de produção de conhecimento através da experiência, a indissociabilidade passa a ecoar pelo lado do ensino, quando considerada como uma possibilidade de ensino através da experiência, e ecoa pelo lado da pesquisa como uma oferta para a agenda da pesquisa de questões suscitadas pela experiência, que é diferente a maneira de como essa agenda vem sendo formulada tradicionalmente.*

Reconhecendo a importância dessa afirmativa, é preciso igualmente refletir sobre algumas dificuldades presentes na formação e que nos levam a perceber com relativa frequência a presença de um conjunto de dicotomias que funcionam como referências para a organização do ensino, ora por seu reconhecimento como desafios a serem superados, ora por estarem presentes nas propostas elaboradas de transfor-

<sup>2</sup> Ver Plano Nacional de Extensão (BRASIL, 2001).

mação dos cursos. Uma dessas questões é aquela concernente à relação teoria-prática, compreendida como historicamente problemática no desenho das formações, especialmente as de saúde.

E é nessa linha de reflexão que pretendemos pensar como a extensão universitária propicia encontros de natureza mais porosa e flexível entre esses diferentes mundos. Segundo Freire (1996), a extensão universitária pode ser compreendida como um ato educativo, que possibilita estender os conhecimentos e suas técnicas para transformar o mundo em que os homens estão, de certa forma concreta, científica – então a extensão é transformar, é modificar a cultura. Para Marcovitch (1994), a extensão tem-se configurado, desde seus primórdios, como uma forma de tornar a universidade mais presente nos projetos nacionais de desenvolvimento e na resposta às demandas sociais. Na área da saúde, a formação está fortemente articulada com os serviços de saúde e, comumente, esses cenários originam ou são originados de projetos de extensão que se constroem, elaboram e desenvolvem a partir dessa implicação da ocupação dos mesmos espaços pela formação, pelo cuidado e gestão e pela extensão.

### A integralidade do cuidado em saúde e a extensão universitária

O desejo de romper com determinados modelos de atenção à saúde centrados em procedimentos com alto consumo de tecnologias, equipamentos e que pouco valorizavam a relação com o outro e a capacidade profissional de perceber e aliviar seu sofrimento estiveram na origem dos movimentos que traziam no seu bojo novas leituras dos valores que deveriam orientar a atenção à saúde como imaginada por tantos de nós. Esse desejo e o movimento produzido por ele nos levaram às reflexões, discussões e proposições de outra forma de cuidar e organizar o sistema de serviços de saúde (MATTOS, 2001).

A integralidade tem sido objeto de estudos de um conjunto de autores<sup>3</sup> particularmente aqueles inseridos no Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde, LAPPIS/IMS, que, investigando usos e sentidos atribuídos a esse termo, a partir de experiências concretas do cotidiano das práticas de saúde, apresentam

<sup>3</sup> Ver Pinheiro & Mattos (2001, 2003, 2004, 2005 e 2007) e Pinheiro, Barros & Mattos (2007).

questões importantes para a análise que pretendemos fazer acerca da extensão universitária e sua inter-relação com a formação e os serviços de saúde do SUS. Alguns destes autores adotam o termo *experiência* com a perspectiva de Foucault:

Para o autor [Foucault], a experiência acontece como experiência de si, algo que tira o sujeito de si, do lugar que está, fazendo com que não seja mais o mesmo, experimentando a transformação do ser e do estar, sai dos contatos vividos transformado e transformando (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 17).

A integralidade em saúde, para os autores citados, é assumida como princípio ético-político e educativo, pautando nossas lutas e conquistas presentes para transformações futuras (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 17). Desse modo, tomamos de Pinheiro a compreensão acerca da 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. 65).

Nessa perspectiva, entendemos que a saúde é um direito fundamental de cidadania, em oposição a atitudes fragmentárias na atenção e no cuidado à saúde, sem redução do homem ao seu aspecto biológico apenas. Assim, ressignificando as ações de saúde como práticas sociais, percebemos que o objetivo de produzir saúde é comum a todas as práticas sanitárias e a todos os trabalhadores de saúde, o que exige proposições políticas e instituições adequadas no que diz respeito à formação desses trabalhadores e o papel da universidade.

Na esteira desta discussão, a saúde como direito de todos e a luta pela integralidade da atenção e do cuidado em saúde implicam a inclusão dos mais diversos atores para sua realização e precisam estar articuladas à luta pela superação das imensas desigualdades sociais existentes na realidade brasileira, que se expressam também em desiguais condições de participação, de conquista e distribuição de direitos. Assim retomamos os elementos já apontados, acerca da participação das universidades, principalmente através da extensão,

nos embates políticos e éticos das grandes lutas pela defesa dos direitos dos cidadãos.

Contudo, a inserção que se almeja para extensão nas universidades requer a incorporação de suas atividades, ações e política, nas propostas político-pedagógicas dos cursos, e aqui queremos concentrar nossa atenção naqueles próprios da área da saúde. Para Barros, há um instigante desafio na desconstrução dos discursos dominantes na formação profissional:

Esse desafio se faz desmanchando os territórios e saber-poder, que foram construídos nas práticas do campo da saúde, sobre a crença de um saber “competente” desistoricizado. Os especialistas têm produzido saberes-propriedades, apoiados em estratégias homogeneizadoras que excluem a diferença, a multiplicidade e, portanto, a polifonia indispensável quando temos a integralidade em saúde como horizonte (BARROS, 2006, p. 137).

A integralidade como prática social, como um princípio universal da política de saúde do Estado brasileiro, também nos traz esse exercício, de ouvir e respeitar os diferentes, de somarmos saberes e experiências e construirmos o novo, o ainda não pensado, outro caminho possível para formar com responsabilidade coletiva. (HENRIQUES, 2005). Ao considerarmos que no processo do cuidar existe um eixo estruturante como vivificação da prática da integralidade no cotidiano dos serviços, tanto na rede básica como na rede hospitalar, isso nos leva a construir ou pelo menos empreender tentativas nesse sentido, que se articulem com as outras áreas da saúde, facilitando ao usuário, por conseguinte, o direito de exercer sua cidadania, de decidir sobre sua vida e seu corpo, de expressar seus desejos e necessidades, de se fazer protagonista e não objeto do cuidado. (HENRIQUES *et al.*, 2006, p. 230).

Alguns processos são mais amistosos do que outros para a consecução de mudanças substantivas das práticas de saúde, mas as respostas precisam ser encontradas pelo conjunto de atores daquela dada realidade – ou seja, profissionais do ensino e dos serviços, gestores e grupos da sociedade civil organizada através dos movimentos sociais e de instâncias de controle social.

Outro aspecto, ainda relacionado com o exposto acima, diz respeito às atitudes fragmentadoras do cuidado, adotadas nos serviços

e que são trabalhadas dessa forma também pelos professores e estudantes que processam as práticas previstas nas disciplinas, reproduzindo os modelos de organização dos cursos, disciplinares e segmentadores dos saberes e dos indivíduos. Distanciamos-nos ainda mais dos princípios que defendemos acerca dos direitos dos cidadãos de receberem um cuidado que responda a seus sofrimentos, que os levaram a buscar um serviço de saúde.

Com isso podemos inferir que o efetivo exercício da integralidade acaba por trazer à tona muitas questões que vão se implicando e produzindo novas situações, novas necessidades de reflexões e construções.

A extensão tem sido locus interessante e significativo na incorporação de novas práticas, novos olhares sobre a saúde e qualidade de vida das populações e como espaço de experimentação de outras maneiras de cuidar e se comprometer com a sociedade.

A extensão tem um grande leque de atuação englobando tipos de ações variadas, envolvendo pessoas e grupos universitários e um grande número de pessoas das comunidades regionais. A extensão promove um ambiente propício para uma adequada resposta social da universidade e para a produção de riquezas intelectuais, levando a formação cidadã. (BRASIL, 2001, p. 65).

Na área da saúde, que tem no estágio curricular uma obrigatoriedade de oferecimento por parte da instituição de ensino, temos observado alguns relatos de experiência que apontam a questão da abertura de campos de estágio a partir da extensão (HENNINGTON, 2005; MARCEN, 2007, dentre outros). Por outro lado, as disciplinas em seus campos de atuação prática abrem canais de diálogo com a sociedade, que muitas vezes são mantidos abertos e produtivos através da extensão. Os produtos gerados pelas atividades de extensão podem conduzir a reflexões e análises que alimentam o ensino e a própria extensão, bem como possuem potencial para contribuir com os serviços e outros organismos com os quais se relacionam.

Com esse conjunto de reflexões, consideramos importante analisar os processos e relações estabelecidas entre as práticas pedagógicas em sua articulação com os serviços e o papel que a extensão universitária desempenha nesses processos. Esta é uma questão de responsabilidade coletiva com os bens públicos, com a educação, a cultura e a saúde,

e para tanto nos apoiamos no pensamento de Hannah Arendt para discutir esse tema. No dizer dessa pensadora, a responsabilidade coletiva, sempre política, não se baseia numa noção de culpa, de caráter individual. A responsabilização de alguém por algo que não tenha feito, mas por seu pertencimento a um grupo, um coletivo, é que constitui a responsabilidade coletiva. Dessa maneira, o coletivo também assume a responsabilidade por qualquer ato de qualquer um de seus membros. E as questões inquietantes que se apresentam nos cenários concretos são problemas políticos, cujas respostas só podem emergir como frutos da ação política, sujeitos ao acordo de muitos (ARENDRT, 2005a). Para tal, há que se ter uma atitude de responsabilização pelo que ocorre no mundo. Isso significa ultrapassar uma postura de indiferença pelos assuntos que são comuns e políticos e que demonstramos permanentemente em nosso tempo e lugar.

Com essa perspectiva, poderíamos pensar nos processos de constituição das estruturas institucionais de formação e sua relação com os modos concretos pelos quais se organizam os serviços de saúde como lugares de reflexão e proposição do novo, da possibilidade de mutuamente se influenciarem e apreenderem a dimensão política dos compromissos que assumem ao cuidar da saúde das pessoas, de seus projetos de vida e de suas lutas por dignidade, atenção e respeito. A extensão, do modo como foi se constituindo nas universidades e nas políticas públicas de educação, ganha aqui uma potencialidade de abertura de possíveis, de agregar e ouvir as diferentes manifestações e compreensões próprias de nossa diversidade cultural, étnica e política. Poderia assumir um papel dialógico entre universidade e sociedade, permitindo maior flexibilização dos currículos e a introdução de práticas pedagógicas inovadoras e porosas às demandas sociais. **O parágrafo foi retirado!!!**

Desta forma, o cotidiano é concebido como o lugar onde as ações são desenvolvidas, de modo simbólico ou concreto, onde produzem sentidos e se configuram como práxis. Segundo Santos (1996), olhar o lugar é encontrar novos significados e cartografar é encontrar o que está por diferir. Levam-se em conta os objetos, as ações, técnica e tempo mediados pela ação e pelos símbolos. Os grupos sociais participam, interferem e modificam o lugar onde estão e, assim, recriam a realidade por seus caminhos, trajetórias

próprias que são marcadas pelos valores e sentidos que lhe atribuem. Sendo questionadas quanto a sua capacidade de formular e implementar políticas, sobretudo sobre sua capacidade de se responsabilizarem por seus efeitos e repercussões na sociedade.

A aproximação com serviços e outros espaços sociais para cumprimento de etapas programadas por outrem, sem trazê-los ao nosso pensamento e imaginação, seria uma forma de despolitização dos processos e de negação de nossa responsabilidade coletiva na ocupação desses espaços. Tal posicionamento, na institucionalização dos sistemas, acaba por neutralizar a política. Na perspectiva dos atores, eles se despolitizam através do pensamento burocratizado, do engessamento das estruturas, e da impotência do sistema. Deste modo, há uma anonimização dos sujeitos, que viram uma peça do sistema. Individualizamos-nos também no olhar do outro, daí a importância do dialogismo em nossas relações. Para a inter-relação dos sujeitos e processos, é preciso usar o atributo da imaginação, de acordo com o pensamento de Arendt, ou seja, como capacidade de fato de pensar em outras circunstâncias – não se nasce sabendo, aprende-se. E a formação necessita desenvolver vivências que permitam esse exercício. Segundo Acioli (2008), é na prática educativa desenvolvida muitas vezes a partir da extensão universitária que temos exercitado o diálogo com a sociedade, em busca de uma forma diferente de construir e valorizar o conhecimento:

Dessa forma, o conhecimento considerado emancipador seria o conhecimento que pensa a consequência de seus atos, no qual a relação sujeito-objeto é substituída pela reciprocidade entre os sujeitos e onde a solidariedade e a participação estão presentes. Essa forma de pensar a ciência e a produção de conhecimentos, propõe a idéia de um saber não apenas voltado para as necessidades do mercado, para uma racionalidade cognitivo-instrumental, mas abre-se à importância da experiência, do compartilhamento de saberes ampliando os cenários de geração de novos conhecimentos (ACIOLI, 2008, p. 120).

No sentido de orientar nosso horizonte epistemológico, recorremos ao conceito de responsabilidade coletiva construído por Arendt, para definir a integralidade em saúde como sendo o núcleo de saberes e práticas capaz de forjar uma postura ética e responsável com a vida humana, cujo nexos entre cuidado e voz da consciência,

tem no conceito de dever não apenas o cumprimento das normas, mas deixar manifestar-se uma existência finita. Desse modo, seria possível compreender o significado da vida humana, a partir do reconhecimento da dimensão política dos nossos atos, considerando cada ser humano como ser político na perspectiva de Arendt (2005a), cuja liberdade de expressar suas demandas faça parte das práticas cotidianas institucionais, criando e recriando novos espaços públicos. Segundo Ortega (2000, p. 23), no pensamento de Hannah Arendt,

Não existe nenhum local privilegiado para a ação política, existem múltiplas possibilidades de ação, múltiplos espaços públicos que podem ser criados e redefinidos constantemente, sem precisar de suporte institucional, sempre que os indivíduos se ligam através do discurso e da ação: agir é começar, experimentar, criar algo novo, o espaço público como espaço entre os homens pode surgir em qualquer lugar.

É fundamental pensarmos sobre estratégias de ensino para incorporação de valores éticos e políticos na formação que possam ser apresentados aos estudantes da área da saúde ao longo de sua trajetória no curso, de modo a constituir o nexos entre cuidado e voz da consciência. Para isso é necessário aprofundar a reflexão acerca das práticas pedagógicas utilizadas e de como são organizadas nos projetos políticos e pedagógicos dos cursos da área de saúde. Mais que isso, perceber de que modo a proposta de articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde abrem espaços porosos para o trabalho interdisciplinar, a fim de compreender a organização do SUS e impulsionar os processos de trabalho que centralizem a motivação de suas ações no usuário do sistema. Observamos que o movimento de introdução de práticas em cenários diversificados desde os primeiros períodos dos cursos da área da saúde tem sido incentivado em cartas/declarações de encontros profissionais regionais e nacionais como sendo uma estratégia importante para a transformação dos cursos da área da saúde, principalmente se considerarmos a incorporação de valores éticos, políticos e educativos, no quais as práticas de integralidade do cuidado e da atenção em saúde podem servir como eixo teórico-metodológico-operacional para a organização dos conteúdos e nexos conceituais das práticas pedagógicas em si.

Tomemos algumas considerações de Hannah Arendt (2005) sobre a esfera pública para pensarmos sobre os serviços de saúde, cenários concretos do desenvolvimento do cuidado em saúde, como os lugares onde são tornadas públicas essas práticas e as relações constituídas entre os sujeitos do cuidado. Para Arendt (2005), o termo *público* significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. Nesse sentido, aquilo que é produto humano, ou seja, o que é realizado pelos homens, juntos, ao mesmo tempo os separa e estabelece uma relação entre eles. É essa possibilidade de, estando juntos no mundo, sermos ouvidos e vistos, do mesmo modo que também ouvimos e vemos os outros, que nos dá a sensação de permanência, de existência concreta no mundo. Segundo Arendt (2005, p. 66), “embora o mundo comum seja o terreno comum a todos, os que estão presentes ocupam diferentes lugares. Ser visto e ouvido pelos outros é importante porque todos vêem e ouvem de ângulos diferentes e esse é o significado da vida pública”.

Tomamos o espaço dos serviços de saúde como esse lugar onde muitos podem lançar mão de sua própria perspectiva e entendimento acerca das coisas, de si e dos outros, mas sem perder de vista que isso é possível somente na medida em que pode ser compartilhado, publicizado, confrontado com as outras perspectivas que também ocupam esse lugar. Desse modo, teremos a construção de um saber comum, que nos dá parâmetro e valores, permitindo que nos coloquemos no mundo de modo isonômico em relação aos outros, tornando concreto nosso agir político. A escolha de espaços da esfera pública, segundo o referencial de Hannah Arendt (2005), nos aponta para a potencialidade desses espaços na publicização de determinadas opções que são feitas no que diz respeito à definição da proposta pedagógica dos cursos, mas também na definição dos processos de trabalho e de gestão nos serviços de saúde.

No que diz respeito ao ensino, há escolhas que se originam da concepção política e pedagógica que um determinado curso faz por meio de seus atores sociais. O currículo seleciona elementos, valoriza certos componentes em relação a outros e também oculta dos alunos certos aspectos da cultura que rodeia a instituição de ensino.

Guizardi *et al.* (2006) apresentam como um novo desafio para as instituições de ensino a formação de profissionais capazes de dar

respostas às necessidades de saúde da população com a construção de projetos pedagógicos e decisão política de formar e concretizar mudanças de paradigma na área da saúde. A grande questão para esses autores é como organizar o currículo de maneira a alcançar essa proposta. Assinalam, ainda, a existência de movimentos em alguns cursos da área da saúde de flexibilização dos campos disciplinares, em direção às transformações da própria universidade e assim abrem possibilidades de novos desenhos para esses cursos. (GUIZARDI *et al.*, 2006, p. 170-172).

Com essa perspectiva, muito se tem pensado na extensão como sendo o espaço de fugir dessa concepção estruturada para se abrir a novas possibilidades de interação e articulação com serviços de saúde e com outros espaços sociais, garantindo aos estudantes vivenciarem práticas e um agir político que vai se construindo e constituindo no cotidiano do viver com o outro.

É preciso considerar que as diretrizes do SUS, as diretrizes curriculares nacionais, são parte e expressam movimentos sociais que colocam em perspectiva a relevância social das instituições de ensino, no sentido de seu comprometimento com os princípios do SUS, com a produção de conhecimento que seja relevante para a sociedade, que possa ser incorporada no cotidiano das instituições e dos cidadãos. Por outro lado, quando nos reportamos ao trabalho em saúde, precisamos pensar que o mesmo se dá a partir de um coletivo de trabalhadores. A reflexão de alguns autores sobre o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade contribuem para repensarmos as questões referentes a esses processos de trabalho e que são fundamentais na presente pesquisa. Gomes, Guizardi e Pinheiro (2004, p. 107-8) apresentam a metáfora da orquestra, já trabalhada por Campos anteriormente, mas acrescentando um novo olhar:

Um dos aspectos que nos impulsiona a utilizar a orquestra como metáfora é estarmos nos reportando a um agrupamento de profissionais com saberes e técnicas distintas, que utilizam diferentes instrumentos e que tem como produto de um trabalho realizado em conjunto, algo que recebe o caráter de arte na execução de uma sinfonia. Muitas vezes os diferentes instrumentos executam melodias distintas e só a reunião dessas linhas melódicas resultará na obra desejada. Uma sinfonia não pode se resumir a nenhum dos timbres presentes em uma orquestra. Ainda que em alguns momen-

tos haja a sobrepujança de alguns instrumentos e ate mesmo a realização de solos, uma peça sinfônica depende dessa multiplicidade tímbrica, dos mais perceptíveis sons aos mais sutis.

Essa metáfora é importante também para nos ajudar a pensar acerca da responsabilidade política que devemos ter ao atuar em espaços públicos.

Castro (2004, p. 65), ao estudar projetos de extensão da área da saúde de uma universidade pública brasileira, no que eles possuíam de agregador e emancipador, identificou que

O que também nos chama atenção na equipe são as atitudes de respeito ao outro, o que os coloca na condição de sujeitos da proposta. O movimento parece ser de diálogo contínuo e troca de experiência, tanto intra-equipe quanto entre equipe e comunidade. As ações são pensadas na relação com o outro e assim o outro é reconhecido como detentor de conhecimento.

Assim, as atitudes que fazem parte do agir em espaços públicos estão impregnadas de valores, construídos ao longo da nossa existência e dos papéis sociais que desempenhamos. No trabalho em saúde, essa concepção ganha relevância ao pautar nossas condutas a partir desses valores e das relações que estabelecemos. Podemos dizer que há determinadas virtudes que pautam nosso ajuizamento e nossa tomada de decisão e que nos vão ajudando a construir uma rede explicativa para aquilo que fazemos e vemos nos espaços que ocupamos.

Considerando o referencial da extensão universitária para repensar as propostas de formação na área da saúde, no que diz respeito aos processos de transformação desencadeados pela necessidade de formarmos profissionais que atendam aos princípios, valores e ações preconizados pelo SUS, é válido dizer que o FORPROEX (Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão) tem sido um espaço da esfera pública que tem sido agregador de idéias, publicizador de iniciativas e incentivador de coletivização das discussões e avanços propiciados pelas experiências acumuladas a partir das ações extensionistas. Da mesma forma, a circulação das produções que partem das várias possibilidades do fazer e refletir a extensão propiciam novas investidas e reafirmam o papel da extensão na concretização de políticas públicas de educação e de saúde.

## À guisa de conclusão

Nessa perspectiva, ao tomarmos os espaços dos serviços como cenários para o aprendizado, entendemos que no encontro ou mesmo no confronto de idéias e experiências surge uma nova prática que de algum modo se alimentou daquelas vivências que nesse espaço se encontraram. Algumas estratégias e táticas precisam ser efetivadas para que o desafio de acolher as diferenças e repensar o cuidado incorporado pela imaginação ao olhar dos outros atores desse processo não resulte em esvaziamento dos saberes e acomodação em estruturas já conhecidas e, portanto mais cômodas. Os conflitos surgidos no desenrolar das relações nesses espaços tornam-se também experiências de aprendizado e de reflexão, criando outros saberes e práticas. Alguns autores referem-se às práticas que desenvolvem nesses cenários externos à universidade como possibilidades de oferecer aos alunos um aprendizado pautado na realidade que o leva a pensar e repensar seus conhecimentos já acumulados e a confrontá-los com outros modos de perceber as situações. Deste modo, quando nos referimos à extensão como essa ação concreta que flexibiliza o ensino, queremos dizer que ela propicia alguns dos princípios que vêm sendo elencados como responsabilidade e essencialidade no agir universitário.

Entendemos que a incorporação ao texto das diretrizes curriculares da indissociabilidade entre extensão e ensino e pesquisa reflete uma perspectiva de estabelecer um processo contínuo de troca de saberes, possibilitador da construção de novos paradigmas.

Porém, mesmo com essa perspectiva, ainda temos alguns obstáculos que fazem com que o trabalho extensionista nas universidades seja considerado como menos importante que os demais eixos de atividade acadêmica ou que ainda persistam dificuldades de discutir de forma aprofundada as questões próprias da atividade extensionista. Em parte, essa questão é apresentada por Macedo e colaboradores (2005) em seu texto que analisa as questões da instituição universitária na contemporaneidade:

Em decorrência de sua inclusão no texto constitucional, o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, foi rapidamente incorporado aos estatutos e regimentos das instituições de ensino superior. Entretanto, o reconhecimento protocolar da impor-

tância desse preceito legal e a sua inclusão formal nos documentos básicos de organização das instituições não têm gerado efeitos no cotidiano acadêmico ou alterado substantivamente as práticas educacionais. Isto se deve a várias razões, principalmente a um entendimento inadequado do conceito de indissociabilidade, presente inclusive nos textos legais. (MACEDO *et al.*, 2005, p. 137).

Os autores que têm buscado compreender os processos políticos e estratégicos desenvolvidos no âmbito das universidades para a produção da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para o alcance dos objetivos e cumprimento do papel social da instituição universitária, apontam que quaisquer dos processos envolvidos, inclusive a avaliação institucional, precisam considerar a ação da extensão como aquela que poderá estabelecer aproximações entre o corpo social da universidade e a comunidade externa, função relevante que os cursos universitários deveriam se empenhar em alcançar, de acordo inclusive com as diretrizes curriculares em vigor. Para Nunes (2006, p. 343-4)

Nessa dimensão, a Extensão Universitária tem aberto espaços para inúmeras iniciativas junto às comunidades, em que cada campus se insere, decorrentes de pesquisas e/ou atividades de ensino, que favorecem as ações vinculadas aos grupos inseridos no entorno da comunidade universitária, ampliando a rede de relações, entre outras dimensões, tais como a responsabilidade social e a Comunicação com a Sociedade.

Nosso entendimento é que o estudo sobre as estratégias de articulação entre extensão e cenários de aprendizagem no ensino da área da saúde se desdobra em possibilidades de compreensão sobre as expressões das políticas de educação e de saúde. Baseamo-nos em Certeau (1994), que nos diz que as pessoas comuns inventam e reinventam modos de fazer em seu cotidiano. Segundo esse autor, essa arte se dá graças a “astúcias sutis”, “táticas de resistência” que vão alterando os objetos e os códigos, e estabelecendo uma (re)apropriação do espaço e do uso ao jeito de cada um. Deste modo, a “multidão anônima” cria o próprio caminho, mesmo quando se trata de uso daquilo que lhes é imposto pelas políticas culturais. E busca assim viver, do melhor modo possível, a ordem social e a violência das coisas. Dessa forma, ao estudarmos o modo como no cotidiano os sujeitos vão construindo seus caminhos de atuação,

como buscam alianças, como analisam e preparam seus passos, os dispositivos de que lançam mão para traçar sua direção e rumo, como vão dando sentido a essas formas de estar nos espaços dos serviços e das instituições de ensino. Assim, teremos traçados que nos permitirão constituir as redes pelas quais esses sujeitos vêm operando as mudanças nos cenários de aprendizagem na área da saúde e o quanto isso tem colaborado no desenho do SUS.

Essas expressões estarão presentes no cotidiano dos serviços de saúde e das instituições de ensino e no modo como os atores envolvidos nesse processo têm-se apropriado dos conhecimentos produzidos e compartilhados nos espaços da esfera pública. Espaços estes com potencial de produção de valores ético-políticos, como ressaltam Pontes *et al.* (2006), quando apresentam a discussão sobre as práticas cuidadoras como contato com a alteridade e a construção da integralidade e como o processo de ensino-aprendizagem é produtor de sentidos para as mesmas:

Percebemos que, quando se delegam ao aluno responsabilidade e autonomia, de acordo com suas competências, geram-se mobilização e motivação para que sejam resolvidos os problemas dos usuários, serviços e população. Assim, vale destacar que a competência técnica do estudante pode ser um aliado para o estabelecimento do vínculo com o usuário, pois quando as orientações e condutas feitas pelos alunos apresentam resolutividade para as necessidades de saúde, o usuário e os profissionais dos serviços passam a confiar neles. (PONTES *et al.*, 2006, p. 262).

## Referências

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21, jan-fev 2008.
- ARENDE, H. *A condição humana*. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.
- \_\_\_\_\_. *Entre o passado e o futuro*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005a.
- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-150.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 314, de 1994. Dispõe sobre o novo currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 nov. 1994. Seção 1, p. 1.791.

\_\_\_\_\_. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 dez. 1961 e retificada em 28 dez. 1961.

\_\_\_\_\_. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 nov. 1968 e retificada em 3 dez. 1968.

\_\_\_\_\_. Plano Nacional de Extensão Universitária. Brasília. *Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras/SESu/MEC*. 2000/2001.

CASTRO, L. M. C. *A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipatórios*. (Ainda existem utopias realistas). 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*. 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.

DEMO, P. *Educar pela pesquisa*. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2000. (Coleção Contemporânea).

FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006. 96 p.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 105-116.

GUIZARDI, F. L. *et al.* A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 153-177.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan-fev 2005.

HENRIQUES, R. L. M. *et al.* Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 229-250.

HENRIQUES, R. L. M. Trabalho em equipe e a construção social da demanda em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Construção social da demanda em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 147-159.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. Expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 283-

MACEDO, A. R. *et al.* Educação superior no século XXI e a reforma universitária brasileira. *Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v.13, n.47, p. 127-148, abr./jun. 2005.

MACEDO, M. C. S.; ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M. Transformação na graduação de Enfermagem da UERJ. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. A. de (Org). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 277-294.

MARCÉN, J. F. E. Integración curricular. *Educación Médica*, v. 10, n. 4, p. 217-224, 2007.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 179-204.

MARCOVITCH, J. Diretrizes para a extensão universitária na USP. Apresentado ao Conselho de Cultura e Extensão Universitária, da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP, 5 de maio 1994, p. 4. (mimeografado).

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: Abrasco, 2001. p. 39-64.

Moimaz, S. A. S., Saliba. N. A., Garbin, C. A. S., Zina, L. G., Furtado, J.F. e Amorim, J. A. Serviço Extramuro Odontológico: Impacto na Formação Profissional. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 53-57, jan./abr. 2004 p.57

MORIN, E. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez, 2002.

ORTEGA, F. J. G. *Para uma política da amizade*. Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

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. e MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO. 2001.p. 65-112

PINHEIRO, R. *Atenção à saúde: universalização/focalização, a enfermagem e a atenção básica ambulatorial – um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55. Rio de Janeiro, 2003. *Anais...* Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

\_\_\_\_\_. Matriz analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de (Org). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 34-54.

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

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. A. de (Org). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 13-33.

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

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

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

\_\_\_\_\_. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004.

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

\_\_\_\_\_. (Org). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PONTES, A. L. M., SILVA Jr, A. G.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de (Org). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 251-274.

SPINK, M. J. (Org) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SUB-REITORIA PARA ASSUNTOS COMUNITÁRIOS DA UERJ. *Proposta para uma Política de Extensão na UERJ*. Rio de Janeiro: UERJ, 1989. Mimeo.

# Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista

INESITA SOARES DE ARAÚJO  
JANINE MIRANDA CARDOSO

## Percurso<sup>1</sup>

Desde os seus primeiros passos, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) colocou sob crítica as tradicionais práticas de comunicação e educação sanitária. Concepções, métodos, temas, abordagens foram analisados a partir de diferentes enfoques, mas todos aqueles inspirados nas propostas da reforma sanitária que embasaram o SUS convergiram para o mesmo diagnóstico: as práticas eram descontextualizadas, tecnicistas, não dialogavam com a população, assim como não consideravam as particularidades de cada local. Eram normativas, prescritivas, priorizavam as doenças, a partir de um enfoque exclusivamente biológico, sem a mesma consideração com suas determinações sociais e, mais ainda, com a saúde e suas estreitas relações com as condições de vida. Muitas críticas inspiravam-se nas teses de Paulo Freire que, antes e mesmo durante a ditadura, alimentaram propostas de comunicação mais dialógicas e horizontais, por oposição às de viés extensionista, nas quais não havia espaço para o encontro com o saber e a experiência populares (FREIRE, 1983). Uma rápida visita às publicações de meados de 1975-90 encontrará a assinatura de importantes sanitaristas, hoje dedicados a outros temas (CANESQUI, 1984; COSTA, s/d; BARATA, 1990), em textos que, de forma associada com a educação,

---

<sup>1</sup> A colaboração e o apoio que recebemos de Kátia Lerner foram importantes para todas as fases de elaboração deste texto e estão impressos em suas páginas.

analisavam e propunham novas abordagens nesse campo estratégico para a mudança nas condições de saúde.

Desde então, muita energia social tem sido mobilizada para superar as teorias, políticas e práticas que sustentavam os modelos assistenciais centrados na ação curativa individual, no hospital e no saber biomédico. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para democratização da saúde, foi também um momento fundador para inscrever a comunicação na agenda do novo projeto de saúde, em termos bastante diferentes daqueles praticados antes, seja no âmbito do sanitarismo campanhista, dos programas verticais, das experiências de participação regulada e restrita, ou do modelo médico-assistencial privatista (PITTA, 1995; CARDOSO, 2001). No conciso e denso relatório daquela conferência, comunicação aparece como um dos direitos que teciam os vínculos da saúde com a democracia e cidadania plenas (BRASIL, 1988).

Com o direito à saúde inscrito na Constituição de 1988, foi possível avançar nas experiências de gestão participativa e nas tentativas para ampliar a participação na formulação de políticas na área, principalmente dos setores tradicionalmente excluídos do debate público. Diversificaram-se os temas, as estratégias e os participantes do SUS, assim como se intensificaram conflitos e disputas de interesses de diferentes ordens e magnitude. Todos esses processos tiveram reflexos diretos sobre a agenda e dinâmica da comunicação aí desenvolvida, assim como sofreram os efeitos das estratégias de comunicação acionadas pelas diferentes forças. A comunicação também registrou conquistas específicas importantes (por exemplo, a abertura de atividades de ensino e a intensificação de pesquisas, fundamental para uma área vista como estritamente técnica e instrumental) e também se deparou com significativas resistências a práticas mais ampliadas e plurais, tanto pela tradição normativa desse campo, quanto pelos interesses do modelo publicitário hegemônico.

Do nosso ponto de vista, comunicação e saúde são dois campos mutuamente constitutivos e, como práticas sociais, atravessam e são influenciadas por outros tantos campos, processos e contextos. Comunicação, assim, longe de poder ser restrita à transmissão de informações “já dadas”, é vista como permanente e disputado processo de produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais.

Tal perspectiva impõe a superação de práticas e modelos teórico-metodológicos de natureza instrumental, bipolar e unidirecional, que ignoram ou reduzem a complexidade dos processos relacionados aos sentidos da saúde. Essa não é uma dimensão acessória da luta social. Antes, é fundamental para os processos de transformação e para a criação de suas próprias condições de emergência e fortalecimento. Tais condições não se conquistam, de forma democrática, se não se desconcentra também o poder simbólico (BOURDIEU, 1989) e se o complexo diálogo com a diversidade não está presente na construção de propostas plurais de emancipação (SANTOS, 2007). Tal é o projeto que anima este texto, ao tomar os princípios do SUS para refletir sobre suas práticas comunicacionais, propondo-se a imaginar o que seria uma comunicação *universal, equânime, integral, descentralizada*, que tem como eixo estruturante a *participação popular*. Em nossa proposta, estes fundamentos funcionam como bússola, sinalizando os caminhos pelos quais poderemos construir alternativas às práticas centralizadas, verticais e descontextualizadas, que a despeito dos avanços do SUS, ainda predominam na sua face comunicativa.

## Cenários

Embora muitos trabalhos se dediquem a acompanhar e refletir sobre as relações entre comunicação e saúde, desde a 8ª CNS<sup>2</sup>, uma iniciativa recente se colocou o objetivo de atualizar de forma mais abrangente esse panorama. Decorridos 20 anos de construção do SUS, a pesquisa *Políticas e práticas de comunicação no SUS: mapeamento, diagnóstico e metodologia de avaliação*, financiada por CNPq, Ministério da Saúde e Ictit/Fiocruz, ainda em curso, está identificando e analisando

<sup>2</sup> Pensamos, principalmente, nos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Trabalho em Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Um resumo de sua trajetória, principais iniciativas e composição está disponível em [http://www.abrasco.org.br/grupos/composicao.php?id\\_gt=7](http://www.abrasco.org.br/grupos/composicao.php?id_gt=7). Acesso em: 18 jul. 2008.

<sup>3</sup> A pesquisa, iniciada em 2007, contou 27 pessoas durante o trabalho de campo. Foram visitadas mais de cem instituições e fóruns, redes, conselhos e movimentos, resultando em duzentas entrevistas e na coleta de diversificado acervo documental (como atas, estatutos, planos de comunicação, manuais de normas e procedimentos, planos de *marketing*) e material empírico das estratégias de comunicação (vídeos, programas de rádio e televisão, páginas na Internet, cartazes, fotos, livros, revistas, pôsteres, cartilhas, postais, jornais, adesivos, agendas, calendários, ventarolas, móveis, bolsas, *squeezes*).

do as concepções, modelos e estratégias em seis capitais brasileiras, incluindo no universo pesquisado instituições públicas e privadas, movimentos sociais e organizações do assim chamado terceiro setor. Sua conclusão está prevista para 2009, mas seus resultados parciais<sup>3</sup> já permitem indicar uma linha divisória a separar pelo menos dois cenários que, não sendo excludentes, convivem no SUS e mesmo em uma única instituição.

De maneira geral, podemos caracterizar o primeiro cenário como aquele das práticas tradicionais. Nele predominam estruturas de comunicação frágeis, sem política ou planejamento, funcionando ao modo de um “balcão”, ou seja, com atendimento de demandas pontuais. Destaca-se, por outro lado, a pouca autonomia frente às determinações político-administrativas, sendo as demandas geradas via de regra pelos gestores e, em alguns casos, pelas equipes técnicas. Temos aqui a centralização das decisões e dos processos de produção, a forte presença da assessoria de imprensa e, nas práticas dirigidas à população, o predomínio das concepções e práticas transferenciais. Mantendo as características dessa matriz tradicional, a produção de materiais constitui a ação prioritária, com pouca atenção às esferas da circulação e apropriação desses materiais pelos destinatários. Também não se identificaram preocupação ou iniciativas no sentido de conhecer melhor esses destinatários e seus contextos de vida, prevalecendo as abordagens mais padronizadas e estratégias de divulgação de informação para prevenção de doenças e campanhas eventuais. Há pouco investimento na formação e atualização das equipes de comunicação, com acentuada dependência dos núcleos mais centrais, tanto para recursos como para produção de peças comunicacionais. Esses núcleos podem ser ministérios, secretarias estaduais e municipais de Saúde, assim como entidades e associações mais estruturadas e com maior abrangência, seja de natureza sindical, religiosa ou ONGs.

No segundo cenário, outras tendências se manifestam tanto no âmbito dos órgãos públicos, quanto nos movimentos sociais e no âmbito privado. Observa-se a crescente diversidade de perfis nas equipes multiprofissionais, em parte com estudos pós-graduados. Há forte presença das noções e valores do mercado em diversas instâncias: nos critérios para seleção dos membros da equipe, nas

formas de planejar e nos objetivos a serem alcançados, no discurso de dirigentes e comunicadores. De forma coerente, percebe-se intensa relação entre as organizações de saúde aí situadas e a mídia, que desponta como principal estratégia de comunicação. Mas não só: a mídia aparece como uma das principais aspirações, parâmetro e lógica das iniciativas para aumentar a visibilidade e melhorar as condições de concorrência discursiva, de forma articulada com a visão de mercado já mencionada. Essas tendências parecem integrar o que vem sendo apontado por alguns autores (FAUSTO NETO, 2007; SODRÉ, 2002) como a *midiatização da sociedade*, cada qual acentuando distintos aspectos, mas compondo um painel expressivo das múltiplas dimensões e abrangência desse processo. Ajudam a perceber como a midiatização atravessa e constitui sociedades e influencia suas práticas sociais, mas não de modo homogêneo, pois lida, revela e se molda na tensão entre muitos outros processos, campos e relações sociais. Podemos dizer, no entanto, que a reflexão da midiatização social, vista por Sodré (2002) como uma nova *bios*, impõe uma visão ampliada tanto da tecnologia, do campo midiático e da própria comunicação. Ao mesmo tempo, percebe e destaca sua relação orgânica com a atual configuração e dinâmica do capitalismo. Como consideramos no próprio projeto de pesquisa,

A ordem midiática é mais ampla do que o conjunto dos meios, pois trata-se de lógica, protocolos, estratégias e operações que constituem uma nova ordem sócio-técnica e sobre a qual se fundam os processos de interação entre as instituições e destas com os atores sociais e individuais. Vista assim, a midiatização não trata apenas de uma atividade que visa a auxiliar os demais campos sociais. Pelo contrário, é uma atividade complexa que se encarrega hoje de organizar a vida social, dar forma a novos processos de interação. E, face à sua importância, ela tanto atravessa todas as instituições – afetando seus modos de se constituir, de se comunicar – bem como tem algumas de suas operações e lógicas tomadas como condições de produção para a estruturação de práticas simbólicas e discursivas das outras instituições. (LACES, 2006, p. 3).

Por este ângulo foram percebidas e incluídas em nosso mapeamento questões como a expansão do trabalho em rede e do uso de tecnologias de informação e comunicação, com destaque para o uso do rádio e da Internet. Em relação ao rádio, é preciso levar em conta e aprofundar

as análises sobre o fenômeno de seu retorno, verificado em diferentes contextos, ainda que marcadamente em modelagens associadas à Internet e a outras formas de trabalho em rede. Em relação ao uso da Internet, mesmo considerando a flexibilidade e ágil dinâmica de suas diferentes conexões, boa parte das experiências mapeadas tem se limitado à manutenção de páginas e uso do correio eletrônico, revelando dificuldades de apropriação das possibilidades mais interativas, como listas de discussão, *blogs*, fóruns e *wikis*. Por outro lado, pode-se perceber nos espaços – virtuais ou não – a presença de novas vozes ou de vozes mais amplificadas na cena da saúde, tanto aquelas oriundas do setor privado, como as associações médicas, de grandes centros hospitalares públicos ou privados, como dos movimentos de portadores de patologia.

No mercado, chama atenção a emergência de empresas voltadas para a comunicação de “causas públicas” e outras priorizando o desenvolvimento de metodologias alternativas, que têm sido convocadas pelo setor público da saúde, ocupando espaços antes exclusivos das agências de publicidade.

A pesquisa tem apontado, ainda, a modelagem de diferentes processos de gestão participativa, no âmbito de secretarias, conselhos, movimentos sociais e suas instâncias de articulação – como os fóruns municipais e estaduais contra Aids, tuberculose ou de defesa dos direitos de portadores de doença, de redes que conectam religiões afro-brasileiras e saúde, por exemplo. Esse investimento é simultâneo a experiências de maior verticalização da gestão das atividades de comunicação e publicidade, observada no âmbito de algumas prefeituras.

A par dessas tendências inicialmente identificadas e ainda sob análise, permanece a necessidade de avançar na construção de respostas e modelos comunicacionais em sintonia com o núcleo básico que caracteriza o potencial transformador do projeto ético-político do SUS. A multiplicidade de concepções e estratégias identificadas nos dois cenários, quando relacionada às concepções de saúde e sociedade que sustentam as diferentes iniciativas comunicacionais<sup>4</sup>, se apontam para alguns avanços nesse sentido, também denunciam uma forte resistência das perspectivas mais conservadoras.

<sup>4</sup> Tarefa ainda inconclusa, constituindo a atual etapa da pesquisa mencionada.

Embora estejam em curso inúmeras experiências inovadoras de comunicação no âmbito do SUS, não é exagerado afirmar que esta segue sendo vista fundamentalmente como transmissão de informações, com execução centralizada, vertical, unilateral, com poucos ou nenhum espaço de escuta. Entre as razões, pode-se citar a falta ou concentração de recursos e infra-estrutura técnica, a ênfase em estratégias para obter visibilidade midiática, além dos perfis profissionais, cuja formação visa a atender à lógica do mercado. Como escrevemos em outro lugar:

as escolas de comunicação apenas começam a oferecer aos alunos subsídios que lhes permita um olhar sobre o mundo das políticas públicas diferenciado do mundo das empresas de comunicação [...] uma lógica mais próxima da comunicação como direito de cidadania e uma visão processual (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 82).

Mas as dificuldades para uma comunicação em sintonia com o SUS localizam-se também e de maneira definidora no campo das disputas políticas, ideológicas, econômicas e culturais que, em diferentes escalas e manifestando-se em fenômenos de diferentes ordens, movem e constroem as possibilidades de mudança em nossa sociedade. Tal afirmação demanda e propicia inúmeros desdobramentos, entre os quais privilegiaremos aqueles que nos permitem estabelecer algumas conexões nos domínios do próprio SUS, a partir da consideração dos seus princípios. Esperamos que nossa reflexão e seus pressupostos deixem claro, no entanto, que não perdemos de vista os vínculos e relações de interdependência que a saúde e suas práticas comunicativas mantêm com a formação social mais ampla na qual se situam.

### Pontos de partida

Tomemos como ponto de partida um conceito – o de *contexto*, palavra-chave para nossa compreensão dos princípios do SUS, principalmente os da descentralização, participação social e equidade. Não há participação efetiva possível sem práticas descentralizadas, assim como nenhum movimento descentralizador pode de fato desconcentrar poder sem que se levem em consideração os contextos específicos. Se isto é verdade para a saúde de um modo geral, para a comunicação é condição de possibilidade.

As práticas dominantes, informadas por modelos lineares e unidirecionais, ignoram a existência dos contextos, produzindo e naturalizando falas centralizadas que se querem únicas. A consequência é inevitável: se não há interlocução, só recepção, não há participação digna deste nome, só versões empobrecidas, tuteladas. Não há como ignorar, ainda, que a simples presença de vozes oriundas de outros espaços ou grupos sociais não é garantia de pluralidade e dialogismo: muitas vezes, como nos lembra Brait, (1999), trata-se unicamente de uma “cacofonia polienunciativa”. As estratégias focadas nos meios de comunicação de larga escala acentuam essa descontextualização, pois desconsideram a diversidade de situações e a heterogeneidade dos segmentos sociais e raramente são combinadas em um planejamento que preveja iniciativas locais com esta característica.

Pode-se dizer que a capacidade de comunicar equivale à capacidade de contextualizar (PINTO, 1999). Em outros termos, se os contextos e especificidades dos interlocutores não são considerados, a comunicação não se efetiva. Essa afirmação é tanto mais aplicada quando se consideram alguns tipos de contexto que colocam em relevo elementos fundamentais para a compreensão das condições de produção dos sentidos e das relações sociais, ou seja, do processo da comunicação.

Para além das modalidades de contexto de relevância já sacramentada para a compreensão dos fenômenos sociais (os contextos histórico, político, cultural, econômico, ambiental, institucional, epidemiológico...), chamamos atenção para aqueles que evidenciam o papel dos discursos circulantes. Todo discurso (ou texto)<sup>5</sup> estabelece uma relação produtiva com os demais discursos ou textos presentes no mesmo espaço ou tempo, se influenciam mutuamente. O *contexto textual* (co-texto) refere-se a esta propriedade e propicia que o planejamento da ação comunicativa ou sua análise não se feche sobre “um” texto, perdendo-se de vista aqueles outros com os quais está em contato e que se “contami-

na” mutuamente, processo que se verifica em todo o circuito comunicativo quando produzimos, fazemos circular ou nos apropriamos de qualquer discurso ou texto. Trocando em miúdos, adquirem relevância os intervalos e não apenas o programa televisivo ou radiofônico (e vice-versa), a página do jornal e não “a” notícia, todos os fragmentos textuais – escritos ou visuais – que convivem com aquele de nosso interesse no mesmo mural, parede ou tela do computador; o conjunto das campanhas de saúde que circulam simultaneamente no espaço público, e não apenas uma campanha isoladamente (ou um elemento apenas de uma campanha multimeios). Afirmar isto significa dizer que o processo de apropriação (“recepção”, “consumo”, “interpretação” são termos mais frequentes) de determinado bem simbólico não está determinado exclusivamente pelo bem em pauta, mas co-determinado por seu contexto textual, que afeta a produção social dos sentidos.

O *contexto intertextual* continua considerando textos próximos, mas trata daqueles enunciados que entram em cena por serem ativados pela memória do interlocutor, como uma música que nos faz lembrar de algo ou alguém. Todos os textos apropriados anteriormente, vindos de fontes familiares, científicas, da tradição, da formação escolar, enfim, os textos que constituem o acervo particular de um indivíduo (de sua geração, do seu grupo social) se articulam com o texto do presente para produzir sentidos, que muitas vezes seguem por direções não imaginadas por seus emissores. A memória do discurso higienista, que associa sujeira a doença e limpeza a saúde, “contamina” o modo como a população entende a “novidade” de um mosquito que se reproduz em água limpa. O discurso religioso do amor e da fidelidade afeta o discurso preventivo sobre a Aids. As muitas histórias ouvidas em família sobre gestação e parto certamente serão acionadas por uma mulher, no momento em que ela recebe orientação médica sobre como proceder durante a gravidez.

O *contexto existencial* vem sendo bastante considerado, mas vale dizer que para nós define uma abordagem que, de forma ampla, conjuga a (inter)subjetividade com as condições de vida, incluindo, entre outros aspectos, os grupos e valores com os quais se identifica, a geração a que pertence, onde e como mora, as condições de acesso à educação, cultura, trabalho e saúde e, vale ressaltar, por raramente ser considerada, a experiência anterior com as políticas

<sup>5</sup> O conceito de discurso aponte para muito mais que textos, indicando uma prática social, constitutiva de sentidos e realidades (FOUCAULT, 1986; FAIRCLOUGH, 2001). Texto, por sua vez, não se refere apenas a uma produção escrita, mas toda forma de representação cultural através das quais as pessoas se comunicam. É através dos textos que os discursos ganham circulação. Muitas vezes, no entanto, texto e discurso cabem como equivalentes.

públicas de saúde. É este contexto que, em última análise, determina a configuração dos contextos anteriores.

Por fim, o *contexto situacional*, que fala da própria situação de comunicação e dos posicionamentos de seus participantes, ou seja, o *lugar de interlocução* que cada um ocupa. Esse é outro conceito de vital importância, pois permite perceber os movimentos e estratégias empreendidas para lidar com as diferentes situações comunicativas. Analisando uma entrevista específica, mostramos como um conselheiro de saúde mobilizou diferentes falas e recursos para responder perguntas sobre a dengue, feitas por duas pesquisadoras, na Fundação Oswaldo Cruz. Além de nos oferecer um texto extremamente polifônico – acionando vozes da cultura, da religião, da política, da saúde pública – a forma como as pôs em cena, o modo próprio como as fez concordar ou divergir constituíram movimentos, de certo não planejados, para aumentar sua cota de poder e legitimidade, numa situação menos favorável do que estava habituado nos muitos contextos do qual participa e já é reconhecido (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 69-71). Embora relacionado à inserção de cada um na topografia social, o lugar de interlocução que emerge do contexto situacional não referencia hierarquias sociais cristalizadas, mas uma hierarquia circunstancial, que é dada pelo contexto situacional. Assim, uma mesma pessoa ocupa lugares de interlocução com diferentes cotas de poder, dependendo do seu interlocutor e da situação vivida.

Este é apenas um exemplo de como os elementos e movimentos contextuais constituem os processos de significação, ao mesmo tempo em que são continuamente alterados por eles. Como Bakhtin (1992) demonstrou, aprendemos e atribuímos sentidos em relações sociais, em processos que podem ser mais ou menos cristalizados, mas que nunca são a simples repetição de um significado já dado, contido e imóvel nas palavras. Sentidos são provisórios, multidimensionais, relacionais; sentidos são contextuais.

As perspectivas mais tradicionais chamariam muitos desses aspectos, se não todos, de “ruídos”, já que perturbariam o entendimento da informação tal como previamente estabelecido pelo emissor. A despeito de nossa sabida diversidade e desigualdade, as campanhas são orientadas por perfis sociodemográficos e imaginam como “público-alvo” as abstratas médias estatísticas. Dessa forma, acaba-

se por tornar igual o que é desigual, uno o que é plural, homogêneo o que é heterogêneo, quando não se apela para estereótipos. Vale a pena amplificar o que dizem Mary Jane e Peter Spink, ao comentarem um relatório da Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional (FASE), em 2003, a partir de dados do Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH), mostrando que:

[...] se o Brasil da média ocupa o septuagésimo nono lugar no mundo, o Brasil do branco ocupa o quadragésimo nono e o Brasil do negro ocupa o centésimo oitavo lugar. Desconstruir as médias é, aliás, uma obrigação de todos em um país desigual. [...] Afinal, cinquenta por cento de toda a renda no país está concentrada nas mãos dos dez por cento mais ricos, restando para os dez por cento mais pobres somente um por cento da renda, diferencial este que segue ininterrupto por quase trinta anos. (SPINK e SPINK, 2006, p. 7-8).

Pelo caminho que vem sendo trilhado pelas instituições, cuja matriz é um modelo expresso na figura 1, é difícil pensar e se chegar a uma comunicação como direito de todos, que leve em conta as desigualdades, diferenças e necessidades específicas, que considere as múltiplas dimensões dos processos de constituição dos sentidos e a integralidade do circuito comunicativo.

### Figura 1 - Modelo Informacional (Shannon & Weaver)



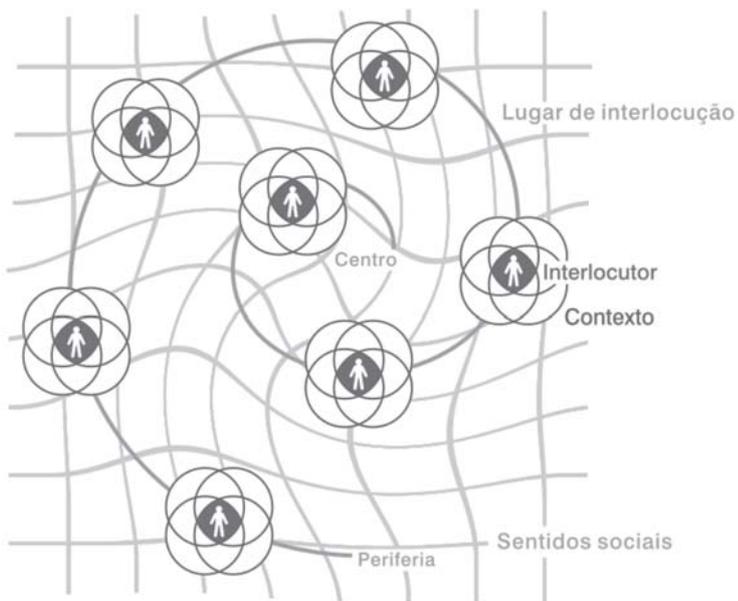
Fonte: Araújo e Cardoso (2007).

Porém, uma outra comunicação é possível.<sup>6</sup> Experimentemos pensar a partir de uma outra possibilidade, como proposto na figura 2. Junto com as concepções de contextos e produção social dos sentidos, em contínuos e incessantes movimentos de mudança, podemos dizer que ver a comunicação como *relação* é ponto de

<sup>6</sup> Nosso intertexto nos remete, não por acaso, para o cruzamento do lema do Fórum Social Mundial (FSM) com o livro organizado por Moraes (2003).

partida e fio condutor de nossa abordagem: relações entre pessoas, idéias, textos, projetos, temporalidades, sentidos, como vimos, nem sempre concordantes ou simultâneos. Portanto, relação multifacetada, a requerer, como a saúde, um enfoque relacional e multidimensional para sua melhor compreensão e prática.

**Figura 2: Comunicação como produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais**



Fonte: Araújo (2002).

### Comunicação e princípios do SUS<sup>7</sup>

Se revisitarmos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, veremos que o lema *saúde é democracia* colocava um elenco de direitos como requisitos do direito à saúde, entre eles os direitos a educação, informação e comunicação. No entanto, a comunicação como direito de

<sup>7</sup> Essa relação foi desenvolvida com mais profundidade e detalhamento em Araújo e Cardoso (2007).

todos está longe de ser alcançada, em qualquer ângulo ou escala, inclusive no âmbito do SUS. Em parte, porque contraria nossa trajetória histórica de concentrar riquezas, poderes e oportunidades; em parte, porque também vai na contramão da tradição “sanitária” de ter a comunicação como prerrogativa quase exclusiva das falas autorizadas – instituições, serviços e profissionais de saúde. No entanto, os princípios que o estruturam vêm tensionando essas trajetórias, não só pela crítica, mas por abrir espaços para experiências de participação (não mais restrita e regulada) e descentralização (não só administrativas, mas que desconcentrem poder), indispensáveis para avançar em direção à *universalização do direito à saúde*.

É essa multiplicidade que os vários núcleos da figura 2 buscam representar, considerando as diferentes *comunidades discursivas* presentes na saúde, entendidas como aqueles grupos e pessoas que se identificam e são identificados pela defesa de determinado ponto de vista (MAINGUENEAU, 1993; ARAÚJO, 2002). Temos em tela não mais um modelo bipolar, e sim um que quer reconhecer a existência de muitos pólos; da mesma forma, uma única e linear direção dá lugar aos diversos itinerários nos quais circulam os diferentes discursos, saberes e propostas.

Falamos de direitos universais, mas como a saúde, a comunicação é vista também e simultaneamente como experiência singular e, no caso brasileiro, atravessada por desigualdades brutais. Sua superação, ou mesmo abrandamento, coloca o princípio da *equidade* na ordem do dia. Do ponto de vista da comunicação, isso significa considerar não só a diversidade de interlocutores e contextos, mas combater as desiguais condições de produzir, fazer circular e poder se apropriar dos demais discursos sociais.

O longo histórico campanhista da saúde nos exime de tratar com mais detalhes a dimensão da produção de materiais, que progride nos mais diferentes suportes e formatos. Sem questionar sua necessidade e importância, deve-se reconhecer que a ênfase a ela conferida tende a eclipsar a relevância e os desafios envolvidos na circulação e apropriação desses discursos. É preciso cuidado para não produzir efeito similar quando reivindicamos o acesso às informações e suas tecnologias, como se este fosse um ponto final e não o ponto de partida para sua efetiva *apropriação* por grupos e indivíduos, que se

dão na interface que articula processos e contextos específicos. Na figura 2, os quatro contextos que discutimos antes aparecem co-determinando o modo de participação na comunicação dos diferentes interlocutores.

No entanto, há muito a ser feito para que as condições e possibilidades de apropriação e de fazer circular discursos próprios se tornem menos desiguais. Se é verdade que todos são potenciais interlocutores, alternando as posições de emissor, receptor e elemento de circulação de idéias e propostas, estamos longe de usufruir as mesmas possibilidades de expressão e participação. E

no mundo simbólico, nada assume existência antes de ser posto em circulação. É a circulação que confere existência aos produtos simbólicos, ao mesmo tempo em que a lança no espaço público. E é justamente aí, na capacidade de fazer circular mensagens e sentidos privados, tornando-os públicos, que se localiza grande parte da assimetria no poder discursivo (ARAÚJO, 2004, p. 172).

É o que a espiral da nossa figura quer sublinhar: grupos e pessoas que detêm posições mais centrais assinalam vozes potentes, que possuem maior poder e visibilidade na arena pública e melhores condições para preservar essa posição. São vistos, ouvidos e reconhecidos. Por outro lado, quanto mais periférica for a posição, mais socialmente invisíveis e inaudíveis serão suas vozes e manifestações.

Espaços de *participação*, alargamento das possibilidades de sentido e escuta do outro têm sido temas caros no debate acerca dos muitos sentidos da *integralidade*. Não por acaso, esta nossa reflexão que une comunicação e princípios do SUS começou por esse fundamento (ARAÚJO; CARDOSO, 2005). Entre as muitas afinidades, a integralidade nos ajuda a considerar todo o circuito comunicacional – produção, circulação e apropriação – com sua diversidade e desigualdade, mas também a pluralidade de experiências, saberes, afetos, memórias, lutas e expectativas que mobilizam.

Por outro lado, o olhar crítico com que a integralidade trata a excessiva especialização profissional no campo da saúde deve ser dirigido também à comunicação, em geral delegada ao jornalista ou publicitário. Sabemos, no entanto, que a comunicação é uma dimensão inalienável das práticas da saúde, seja na atenção básica ou especializada, para a prevenção ou promoção da saúde. Por isso exige

e envolve, além do compromisso e conhecimento especializado dos comunicadores, um trabalho multiprofissional, que articule vários conhecimentos e olhares.

### Para terminar e (re)começar

Por este enfoque, é possível acreditar e fazer comunicação em sintonia com os princípios que fundamentam o SUS. Não temos dúvidas, no entanto, de que esta só se tornará realidade se avançarmos na democratização da mídia, em particular, e da (tele)comunicação no Brasil e no mundo.

Embora esses temas alimentem inúmeras deliberações das conferências e provoquem acalorados debates na saúde, ainda não produziram as desejadas e significativas mudanças nem ocuparam lugar de destaque na agenda política do movimento sanitário. Decorridos vinte anos da promulgação da Constituição e do SUS, há sinais, no entanto, de que a reversão desse quadro pode estar mais próxima. Alguns não merecem comemoração, pois indicam o acirramento daquilo que se quer superar: a concentração dos meios de comunicação, agora em associações transnacionais, e o regime de (in)visibilidade que mantém na sombra inúmeros temas e grupos sociais (PRADO, 2007; 2006). Outros, no entanto, são promissoras reações, como o fortalecimento dos movimentos e organizações que lutam pela democratização (cf. INTERVOZES, 2008; CRIS BRASIL, 2008); a realização de seminários e publicações que abordam os temas, promovidos pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005; 2006); a ampliação do debate público sobre a regulamentação da propaganda de medicamentos, bebidas alcoólicas e alimentos (CHARÃO, 2008); e a inclusão da mídia como uma das *derivações* do setor saúde “que integram o complexo produtivo da saúde” (FÓRUM PELA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p. 6).

Por fim, queremos sublinhar a necessidade de posicionamentos teórico-metodológicos que, ao analisar, interpelar ou propor experiências de comunicação e saúde, não reduzam um campo ao outro, esvaziando a densidade que lhes conferem suas próprias contradições e lutas, ainda que sempre relacionadas a contextos mais amplos.

Nessas páginas tocamos e convocamos várias propostas que têm destacado a transdisciplinaridade da comunicação, ou mesmo sua

pós-disciplinaridade, que, nos termos de Lopes (2006, p. 27), indicam “novas sínteses disciplinares ou convergências disciplinares”. A autora analisa a centralidade do campo da comunicação para os estudos da modernidade e destaca tanto os movimentos e elementos internos às próprias Ciências Sociais, quanto aqueles mais externos e amplos, referidos à própria globalização. Em diálogo com Martin-Barbero, deixa claro que

a transdisciplinaridade de modo algum significa a dissolução dos problemas-objeto do campo da comunicação nos de outras disciplinas sociais, mas a construção de articulações – intertextualidades – que fazem possível pensar os meios e as demais indústrias culturais como *matrizes de desorganização e reorganização da experiência social e da nova trama de atores e de estratégias de poder* (apud LOPES, 2006, p. 27 - grifo nosso).

Nesta área de interface da comunicação e saúde, esses desafios são reforçados por aqueles apontados por Fausto Neto (2007). Como já destacamos, por um lado, a percepção de que os temas da saúde são cada vez mais atravessados por problemas e dinâmicas de comunicação; mas, por outro lado, o reconhecimento do quanto as pesquisas e processos de avaliação precisam transcender às estratégias tradicionais, inspiradas em perspectivas transferenciais e em motivações mercadológicas. O caminho para enfrentá-los e fortalecer as experiências plurais e dialógicas que o SUS requer parece estar na aproximação de agendas, instituições e pesquisadores dos dois campos, mas também no desenho e cultivo de novos perfis de pesquisadores mais afeitos à experimentação intercampos, que ajudem a contornar as lógicas e interesses institucionais mais imediatos e disciplinares.

## Referências

- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; LERNER, K. Comunicação e Saúde: o lugar de onde se fala. *Revista ECO-PÓS*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 83-115, 2007.
- ARAÚJO, Inesita S.; CARDOSO, Janine M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 152 p.
- \_\_\_\_\_. Circulação polifônica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
- ARAÚJO, I. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Revista Interface*, v. 8, n. 14, p. 165-178, 2004.
- ARAÚJO, I. *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder: um modelo de comunicação para políticas públicas*, 2002. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- BAKHITIN, Mikhail. Os gêneros do discurso. In: \_\_\_\_\_. *A estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 277-326.
- BARATA, R. C. B. Saúde e Direito à informação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 385-399, 1990.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BRAIT, Beth. As vozes bakhtinianas e o diálogo inconcluso. In: BARROS, D. L. P.; FIORIN, J. L. (Orgs.). *Dialogismo, polifonia, intertextualidade: em torno de Bakhtin*. São Paulo: EDUSP, 1999. p. 11-27.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de comunicação, informação e informática em saúde*. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 88p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12. *Relatório Final...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. *Relatório Final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21p.
- CANESQUI, Ana M. Trajetória da educação popular nas instituições estatais de saúde. In: PAIVA, V. (Org.). *Perspectivas e dilemas da educação popular*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 315-324.
- CARDOSO, Janine M. *Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)*. 2001. 212 p. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- CHARÃO, Cristina. Regulação enfrenta dura oposição dentro e fora do Congresso In: *Observatório do Direito à Comunicação – Publicidade*, - 29 jul. 2008. Disponível em: <http://www.direitoacomunicacao.org.br/novo/noticias.php?id=3779>. Acesso em: 30 jul. 2008.
- COSTA, N. R. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cadernos Cedes*. Educação e Saúde, v. 4, São Paulo: Cortez, s.d.
- CRIS-BRASIL. Direito de Comunicação na Sociedade da Informação, 2008. Disponível em: <http://www.crisbrasil.org.br>. Acesso em: 30 jul. 2008.
- FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Brasília: UnB, 2001. 316 p.
- FAUSTO NETO, A. Saúde em uma sociedade midiaticizada. *Revista ECO-PÓS*. Rio de Janeiro v. 10, n. 1, p. 198-205, jan-jul 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*. 2006. Disponível em: <[www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf](http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2008.

FREIRE, Paulo. *Comunicação ou Extensão?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 93 p.

INTERVOZES, COLETIVO BRASIL DE COMUNICAÇÃO SOCIAL, 2008. Disponível em: <http://www.intervozes.org.br/>. Acesso em: 30 jul. 2008.

LACES. ICICT. FIOCRUZ. *Políticas e práticas de comunicação no SUS: mapeamento, diagnóstico e metodologia de avaliação*. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2006. 15 p.

LOPES, M. I. O campo da comunicação: sua constituição, desafios e dilemas. *Revista FAMECOS*. Porto Alegre, n. 30, ago. 2006.

LUZ, Madel T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R. (Org). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 131-152.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes, 1993.

MORAES, Denis. *Por uma outra comunicação*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

PINTO, Milton J. *Comunicação e discurso*. São Paulo: Hacker, 1999.

PITTA, Aurea M. R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: \_\_\_\_\_. (Org). *Comunicação e Saúde: visibilidades e silêncios*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

PRADO, J. L. A. As narrativas do corpo saudável na era da grande Saúde. *Contemporânea* (Salvador), v. 5, p. 62-82, 2007. Disponível em: <http://revcom2.portcom.intercom.org.br/index.php/contemporanea/article/view/4353>. Acesso em: jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Mídias no singular ou: onde buscar a democratização da comunicação? *Revista PUCVIVA*, São Paulo, n. 25, p. 15-23, mar. 2006. Disponível em: [http://www.apropucsp.org.br/revista/r25\\_r04.htm](http://www.apropucsp.org.br/revista/r25_r04.htm). Acesso em: jun. 2008.

SANTOS, Boaventura S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. Rio de Janeiro: Boitempo, 2007.

SODRÉ, Muniz. *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Vozes, 2001. 268 p.

SPINK, Mary Jane; SPINK, Peter (Orgs.) *Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias nos jornais*. São Paul: Cortez, 2006. 213 p.

## Quando direito e economia se encontram: governamentalidade e efetivação do direito à saúde

FELIPE DUTRA ASENSI  
ROSENI PINHEIRO

### Introdução: governando direitos

Com o advento da Constituição de 1988 e das intensas reivindicações do movimento sanitário, a saúde recebe seu lugar como um direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la a todos os cidadãos. Neste contexto, atribuiu-se às ações e serviços de saúde o caráter de *relevância pública*, o que implica dizer que a alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo, sendo inconstitucional qualquer iniciativa que vise a retirar tal *status*. Por outro lado, ao alcançar a qualidade de direito universal, se constituem avanços e, paralelamente, novos desafios para sua implementação e efetivação. Mais precisamente, na medida em que a saúde se constitui como um direito de todos, ou seja, de mais de 170 milhões de brasileiros, surgem questões sobre como torná-lo alcançável aos cidadãos de forma capilar – ou, mais propriamente, sobre como formar um arranjo de recursos e investimentos que privilegiem a efetivação do direito à saúde.

O direito enquanto prática social enseja o debate sobre concepções, valores, leituras e interpretações diversas sobre um mesmo fenômeno, o que implica debruçar as reflexões sobre a realidade social e estudar empiricamente este *mundo vivido*. Seja o direito visto como *fato*, como *norma* ou como *valor*<sup>1</sup>, a estratégia tem sido justa-

<sup>1</sup> Para uma sistematização da idéia da teoria tridimensional do direito, ver Reale (2003). Além disso, é interessante a análise de Asensi (2007) sobre a temática, em que o autor realiza discussão sobre a efetivação do direito à saúde.

mente pensar o direito enquanto *prática*, embebido de formas societárias específicas e desafios ancorados em seus próprios processos de efetivação. Isso permite a discussão, que tem sido travada no cenário contemporâneo, sobre os custos dos direitos e as estratégias de alocação de recursos escassos sob uma ótica da governamentalidade.

Nessa seara, Foucault (2004)<sup>2</sup> sistematizou sua concepção sobre governamentalidade buscando refletir sobre como os *regimes de práticas de governo* se desenvolvem e as formas, tecnologias, saberes, poderes, estratégias, etc., que lhes são correspondentes, sob uma orientação crítica<sup>3</sup>. A governamentalidade rompe com a forma de tratar e pensar alguns assuntos típicos de Estado, tais como os problemas de legitimidade, a noção de ideologia e as questões sobre a posse e a fonte do poder, evidenciando uma complexidade das experiências de governo que deriva dos próprios arranjos tecnológicos, políticos, estratégicos e de conhecimento que singularizam cada experiência e faz com que não se possa estabelecer uma teoria geral dos governos<sup>4</sup>.

Uma pluralidade de regimes de práticas, uma pluralidade de saberes, uma pluralidade de tecnologias e estratégias de ação – o espaço do governo se caracteriza por uma heterogeneidade de personagens e estruturas que consolidam sua necessidade de *gerir* os

*homens* e as *coisas* em relação, bem como as suas próprias políticas, inclusive as políticas de efetivação de direitos<sup>5</sup>. Num contexto deste tipo – fortemente heterogêneo, assimétrico e plural – o ato de governar não se traduz num mero ato político, mas como uma própria *arte*, uma vez que enseja a necessidade de racionalização a respeito das tecnologias, estratégias e saberes a serem mobilizados no cotidiano de suas práticas.

O argumento é que o governo se transforma num governo econômico, vale dizer: “para assegurar felicidade e prosperidade à população, é necessário governar por meio de um registro particular, que é o da economia. Além disso, o governo por si próprio tem que ser econômico, tanto fiscalmente como no uso do poder” (DEAN, 1999, p. 19). Com isso, a arte de governar desenvolve uma série de regimes de práticas de governo – com base na perspectiva da economia política – visando a estabelecer um conjunto de relações entre governo e população.

Por isso, o objetivo de discussão deste artigo consiste em analisar as práticas e as estratégias de ação que permeiam os usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), membros dos Conselhos de Saúde, da Gestão e dos Ministérios Públicos no que concerne à utilização de dispositivos institucionais e jurídico-legais para o cumprimento do direito à saúde sob uma ótica da governamentalidade. Ao se analisar elementos socioeconômicos associados à concepção dos diversos atores, pretende-se tão somente evidenciar alguns desafios socioeconômicos presentes na efetivação de direitos. Não se trata, portanto, de buscar generalizar ou promover uma teoria geral acerca da temática que seja identificável *in totum* no cotidiano das experiências estudadas. Para refletir de forma mais aprofundada, será realizada uma discussão sobre as principais ques-

<sup>2</sup> Todas as citações em idioma estrangeiro foram traduzidas pelo próprio autor.

<sup>3</sup> De fato, toda análise de governo nos termos propostos por Foucault possui uma dupla dimensão: é *diagnóstica*, porque se refere a fatos empíricos que já aconteceram ou que estão acontecendo sob uma perspectiva crítica; e é *genealógica*, porque busca reconstituir as condições de possibilidade de emergência de um conhecimento acerca do mundo que enseja, necessariamente, um poder de intervenção e/ou influência em seus saberes e práticas. Portanto, a análise de governo não é reducionista, pois não parte de modelos ideais tampouco de teorias substancializadas, mas dos próprios contextos de ação em que os diversos atores que compõem o exercício do governo (incluindo seus destinatários) encontram-se inseridos.

<sup>4</sup> Rose observa como, nos estudos de governamentalidade, se constitui esta perspectiva: “governar deve ser entendido nominalisticamente – não é nem um conceito nem uma teoria, mas uma perspectiva” (ROSE, 2005, p. 21). Por isso, Rose e Miller (1992) apontam que essa perspectiva engloba três características: *realismo* (pensar os saberes e práticas em seus próprios termos de forma genealógica e crítica); *linguagem* (enfoque especial não somente ao caráter contemplativo ou justificativo do uso da linguagem, mas também seu caráter performático); e *conhecimento* (não somente idéias, mas pessoas, teorias, projetos, experimentos e técnicas componentes do governo).

<sup>5</sup> Dean sustenta que “quando Foucault buscou cortar fora a cabeça do rei no pensamento político, era de tal forma que ele poderia entender as formas ‘capilares’ de poder que são constitutivas do ‘corpo social’” (DEAN, 2008, p. 26). Em outra oportunidade, Dean argumentou que “examinar regimes de governo significa conduzir a análise no plural: já há uma pluralidade de regimes de práticas num dado território, cada um composto de uma multiplicidade de elementos ilimitados e heterogêneos a princípio que são ligados por uma variedade de relações e conexões polimórficas uns com os outros” (DEAN, 1999, p. 27).

tões empíricas de uma das pesquisas que desenvolvemos no LAPPIS/ UERJ, de modo a contextualizá-las e, simultaneamente, promover uma reflexão sócio-jurídica de seus aspectos subjacentes no que concerne aos desafios socioeconômicos para efetivação de direitos. Por fim, serão realizadas ponderações a respeito dos avanços e obstáculos ainda presentes no campo do direito à saúde, de modo a pensar em caminhos possíveis de sua superação.

### Governamentalidade e incorporação da economia na gestão

Ao discutir o que se denominou de *arte de governar*, deve-se partir do princípio de que a combinação destas palavras não é trivial. Essa expressão engloba uma constelação de sentidos que dizem respeito à relação entre Estado e sociedade, e, principalmente, à relação entre Estado e governo. A indagação que se faz a respeito é a seguinte: em que consiste o ato de governar e quais elementos denotam que este ato pode ser associado a uma arte?

Os estudos de governamentalidade têm desenvolvido a idéia foucaultiana de que as práticas de governo se expressam como *condutas da conduta* (*conduct of conduct*). Configuram, portanto, um governo que atua não somente como “gerente” da coisa pública, mas também como agente de controle de condutas de formas de autoridade que, apesar de não-estatais, exercem algum tipo de poder decisório. Conforme sustenta Dean,

Colocando esses sentidos de “conduta” juntos, o governo envolve qualquer tentativa de delinear com algum grau de deliberação os aspectos de nosso comportamento de acordo com arranjos particulares de normas e uma variedade de fins. O governo nesse sentido é uma conduta no plural. Existe uma pluralidade de agências e autoridades governantes, de aspectos do comportamento a serem governados, de normas invocadas, de propósitos buscados, e de efeitos, resultados e conseqüências (DEAN, 1999, p. 10).

Não se trata de gerir ou normatizar diretamente as condutas individuais dos indivíduos da população, mas de gerir e normatizar as racionalidades, tecnologias, saberes e estratégias que medeiam e conduzem a capilaridade das práticas de governo no âmbito societário. O governo se realiza à distância (*govern at a distance*), pois é mediado por uma rede de saberes e práticas que possibilitam sua ação no seio

social. Tais estratégias de ação são regradas e administradas pelo próprio governo como condutas das condutas – e o que confere dinamicidade a tais relações são as racionalidades e tecnologias que lhes são inerentes.

As instituições do Estado, por conseqüência, ampliam a extensão de suas ações e a profundidade de sua influência na vida cotidiana da população, traduzindo os problemas do cotidiano à luz da perspectiva do governo. E elas realizam isso por meio de um complexo de estratégias que englobam diversos saberes – principalmente os da economia – e os inserem como objetivos governamentais. As racionalidades políticas permitem, portanto, uma racionalização dos problemas de governo numa linguagem específica orientada por valores específicos, de matriz marcadamente econômica. Trata-se de uma perspectiva que visa a domesticar a realidade intratável (*taming its intractable reality*), de modo a submetê-la à disciplina do pensamento e da categorização.

Nesta linha, as tecnologias de governo permitem realizar o movimento de codificação da realidade caótica nos termos do ato de governar “corta a experiência de certas formas, para distribuir atrações e repulsões, paixões e medos, novas intensidades e relações” (ROSE, 2005, p. 31). Isso implica reconhecer que o regime de práticas desenvolvidas no governo se torna uma questão de *tempo, espaço e definição de fronteiras de ação*.

Por isso, a atividade de governo passa a ser uma atividade em constante problematização, pois abre e amplia o debate sobre a adequação entre meios e fins de ação a partir da inserção de diversos saberes e práticas em seu interior. Os ideais e estratégias de governo se encontram intrinsecamente ligados aos problemas de governamentalidade, de modo que o estabelecimento de *programas* seja uma estratégia privilegiada de composição destes saberes e práticas no momento da definição sobre como articular de forma mais eficaz os meios e fins.

Além disso, é preciso discutir um elemento que tensiona as decisões de governo neste contexto de adequação de meios e fins dos programas: a especialidade (*expertise*). Para dialogar com a perspectiva da *expertise* inserida na governamentalidade, deve-se considerar a análise de Arendt sobre a introdução da estatística no mundo con-

temporâneo e sua aplicabilidade no contexto governamental. Arendt sustenta que um fenômeno típico da modernidade é a transformação do *governo de um só homem* numa sociedade de *governo de ninguém*, mas que esse ninguém, ou seja, “o suposto interesse único da sociedade como um todo em questões econômicas e a suposta opinião única da sociedade educada nos salões, não deixa de governar por ter perdido a personalidade” (ARENDR, 1987, p. 50). Neste sentido, a ausência de uma personalidade individualizada não quer dizer, de forma alguma, que haja uma ausência de governo. Assim, toda ação política “produzirá sempre algum tipo de ‘ficção comunística’, cuja principal característica política é que será, de fato, governada por uma ‘mão invisível’, isto é, por ninguém” (p. 54).

A principal ênfase dos estudos de governamentalidade sobre os governos despersonalizados (de ninguém) consiste justamente na idéia de que, apesar de não serem *de ninguém*, são orientados por determinados saberes e práticas comumente associados a uma *expertise*. Estabelecer programas de governo significa conferir alguma substância a esse *governo de ninguém* com racionalidades e tecnologias que visem à adequação entre meios e fins orientados por saberes econômicos, sociais, políticos, jurídicos, médicos, etc. O ato de governar encontra-se fundamentalmente articulado à presença de uma *expertise*, cujo papel não é somente delinear uma rede persuasiva de controle social, mas de desencadear tentativas de administrar, por meio do cálculo, “os diversos aspectos da conduta através de incontáveis, muitas vezes concorrentes, táticas locais de educação, persuasão, indução, gerência, incitação, motivação e encorajamento” (ROSE; MILLER, 1992, p. 175).

A figura do *expert* como *alguém* neste mundo de *ninguém* está relacionada à incorporação de uma relativa neutralidade, autoridade e habilidade que opera de acordo com um código específico sob a forma de um argumento de autoridade, de modo a transformar e influenciar as próprias racionalidades e tecnologias de governo. Em certa medida, a *expertise* ocupa lugar privilegiado na mediação entre governo e população como elemento de tradução dos problemas de governo (eixo população à governo) e como critério de legitimação das estratégias de ação governamentais (eixo governo à população).

Ao se pensar numa lógica de garantia de direitos, por exemplo, a questão da incorporação de argumentos econômicos permite uma discussão sobre os próprios desafios presentes em sua efetivação a partir de uma lógica da governamentalidade. O fenômeno da governamentalidade insere no debate uma relativização de argumentos de soberania e eleva ao nível de discurso legítimo aquele desenvolvido por especialistas, numa perspectiva de adequação entre meios e fins por meio de programas de governo, possibilitando o processo de *governamentalização do Estado*.

Adiciona-se a essa pluralidade de projetos a própria idéia de que, apesar de se viver *num mundo de programas*, não se trata de um *mundo programado*. O mundo dos programas é sempre um mundo prognóstico, do *vir-a-ser*, daquilo que ainda será realizado e, portanto, do que será governado. Assumindo que o “governo é uma operação congenitamente falha”, Rose e Miller (1992, p. 190) afirmam que “o mundo dos programas é heterogêneo e competitivo. Os programas complexificam o real, então as soluções para um programa tendem a ser problemas para outro”.

Numa perspectiva de programas, o “social” passa a ser objeto dos próprios conflitos e desafios inerentes à sua formulação, o que implica deslocar a idéia de direitos absolutos – típica de um contexto de soberania – para a de direitos passíveis de redefinição a partir de programas de governo. A suscetibilidade do “social” (e dos direitos correspondentes a ele) à governamentalidade enseja a emergência de dois aspectos: o *prudencialismo* (*prudentialism*) e a onipotência do Estado<sup>6</sup>.

A idéia de *prudencialismo* se encontra associada à própria limitação do governo em traduzir os problemas sociais em seus próprios termos para, então, formular e implementar programas que atuem na solução destes problemas. A perspectiva do *prudencialismo* age numa chave de responsabilização dos membros da população pelos próprios rumos do governo. A princípio, tal perspectiva parece até associada a um ideal de democracia participativa. Porém, a diferença é sutil: ao

<sup>6</sup> Cabe salientar que ambos os aspectos estão associados aos estudos de governamentalidade nos Estados Unidos da América. É preciso zelo e cuidado para associá-los diretamente à experiência brasileira.

chamar atenção para os vínculos de solidariedade e interdependência entre os indivíduos (e aqui o fato de esses indivíduos serem cidadãos é enfatizado pelo governo), busca-se criar um ambiente de responsabilização dos cidadãos pelas ações governamentais. Na análise de Dean, observa-se “a múltipla ‘responsabilização’ dos indivíduos, famílias e comunidades pelos seus próprios riscos – de saúde física e mental, de desemprego, de pobreza na velhice, de performance educacional pobre, de se tornarem vítimas do crime” (DEAN, 1999, p. 166). Deste modo, se constituem “práticas de liberdade em que as responsabilidades pela minimização do risco se tornam um aspecto das escolhas que são feitas pelos indivíduos e comunidades enquanto consumidores, clientes ou usuários dos serviços” (idem).

Mais precisamente, ao enfatizar a solidariedade dos cidadãos, a lógica do *prudencialismo* reconfigura a relação entre cidadania e poder público na medida em que insere o elemento da o argumento de que o próprio cidadão é responsável pelo desenvolvimento da gestão do governo. Assim, sendo ele responsável e solidário, por exemplo, deve adotar uma postura compreensiva em relação à restrição do seu direito à construção de uma escola pública, na medida em que o outro cidadão se encontra carente da construção de um posto de saúde. É o retorno da cidadania na dimensão do *governo de si*, afastando o argumento quantitativo e atomista que carrega o termo *população*.

Para além desta perspectiva horizontal de que o indivíduo deve ser solidário a outrem tendo em vista o argumento cívico de cidadania, observa-se um outro aspecto – de cunho vertical – que se relaciona às transformações do “social” num contexto de governamentalidade: a onipotência do Estado. Se no primeiro aspecto se observa um retorno retórico da cidadania, no segundo aspecto temos o do próprio Estado. “O Estado não se sacrifica pelo indivíduo: o indivíduo tem que algumas vezes ser sacrificado pelo Estado” (GORDON, 1991, p. 12). Termos como *cidadania responsável*, *autonomia prudente* e *consequencialismo distributivo* ganham destaque conforme se desenvolve o argumento da auto-restrição ou da Estado-restrição dos direitos.

Ao incorporar as ambigüidades retóricas e discursivas da cidadania e do Estado em seu âmbito, o governo cria um ambiente que lhe confere mobilidade, dinamicidade e ampla possibilidade de trân-

sito entre os diversos programas, ora atuando com mecanismos individualizantes, ora atuando com mecanismo totalizantes; ora admitindo o indivíduo como cidadão, ora o admitindo como membro atomizado de uma população. Torna-se, portanto, um governo econômico de um indivíduo enfraquecido porque manipulável (*manipulable man*<sup>7</sup>) nos diversos contextos de ação governamental orientados por uma *expertise*.

Originariamente formulado por Gordon (1991), a idéia de *homem manipulável* recebeu especial atenção de Dean (1999), que delineou três atributos desta categoria: a) o emprego da noção de escolha como uma faculdade humana fundamental e acima de todas as determinações; b) ao invés de um sujeito que racionalmente calcula seus interesses como um ator econômico (*homo economicus*), as escolhas do sujeito são capazes de serem modificadas pelo ambiente e as situações que se lhe apresentam; c) o sujeito é visto como um empreendedor (*entrepreneur*) de si mesmo. No âmbito do governo, a idéia de escolha parece ser fundamental, bem como a interferência do ambiente no processo decisório.

Neste sentido, como pensar os direitos nesse contexto em que a soberania se situa num segundo plano e as práticas de governo enfrentam a necessidade de se fazer escolhas por meio de racionalidades e tecnologias orientadas por uma heterogeneidade de atores? Como pensar a cidadania nesse contexto populacional atomizante? Os direitos são efetivamente passíveis de quantificação numa lógica econômica de definição de programas?

### Alguns desafios socioeconômicos na efetivação do direito à saúde

Durante a pesquisa<sup>8</sup>, observou-se que os principais atores que compõem o processo de formulação, fiscalização e execução das políticas de saúde podem apresentar diferentes fundamentos

<sup>7</sup> A respeito do *manipulable man*, Gordon demonstra como que sua constituição não se confunde com a do *homo economicus*: “enquanto o *homo economicus* originariamente significou um sujeito cuja atividade deve permanecer sempre intocável pelo governo, americano neoliberal *homo economicus* é o *manipulable man*, um homem que é perpetuamente responsável pelas modificações do seu ambiente. O governo econômico aqui junta as mãos com o behaviorismo” (GORDON, 1991, p. 43). Deve-se frisar que a idéia de *manipulable man* também se refere ao contexto norte-americano.

socioeconômicos para o direito à saúde. De fato, apesar de haver um direito positivado na norma jurídica, observa-se que, em seu desenvolvimento pelos atores sociais, este direito é interpretado a partir de suas práticas, experiências e vivências tanto pessoais quanto institucionais em contextos de governamentalidade. Por isso, são observados alguns sentidos de direito construídos pelos diferentes atores, cuja diferença pode ser atribuída, a princípio, à sua própria inserção histórica na concretização das políticas de saúde. Começamos pelo Ministério Público (MP).

Ao enfatizar a idéia de direito como titularidade de todos, o MP produz um movimento de recusa ao formalismo como fonte absoluta de direito e, simultaneamente, confere valia a uma atuação em prol da sociedade, e não de um grupo tradicionalmente dominante ou ao Estado, uma vez que enfatiza a idéia de titularidade. O debate sobre a questão do direito/dever é marcante quando se trata da problemática dos recursos escassos. De fato, a lógica jurídica – travada por relações de poder que se cristalizam numa normatividade formal – encontra-se aquém das possibilidades que o Estado dispõe de satisfazer direitos sociais, tais como o direito à saúde<sup>8</sup>. Mais precisamente, diante da incapacidade jurídica do Estado de satisfazer direitos de forma plena, o argumento dos recursos escassos ganha relevo juridicamente, na medida em que não mais se debate a garantia integral do

<sup>8</sup> O objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar as práticas e estratégias de ação dos atores que participam do processo de fiscalização, formulação e execução das políticas de saúde. Para tal, foram utilizados como referenciais empíricos os dados obtidos nos anos de 2005 a 2007, que se referem ao projeto *Estudo multicêntrico sobre o direito à saúde: as relações entre espaços públicos, sociedade e Ministério Público*, que conta com o apoio de CNPq e FAPERJ, e é coordenado pela Professora Roseni Pinheiro, do IMS/UERJ e coordenadora do LAPPIS/UERJ. O projeto consistiu na realização de um estudo multicêntrico sobre as relações entre os usuários do Sistema Único de Saúde, membros dos Conselhos de Saúde, da Gestão e dos Ministérios Públicos no que concerne à utilização de dispositivos institucionais e jurídico-legais para o cumprimento do direito à saúde nos municípios de Porto Alegre, Belo Horizonte, Pirai e Aracaju. Deste modo, foi utilizada metodologia de pesquisa qualitativa de natureza empírico-analítica, de caráter exploratório, com as seguintes técnicas de pesquisa: análise do cotidiano, entrevistas com roteiros semi-estruturados e análise documental. Nesta oportunidade, em virtude de especificidades políticas no tocante à saúde, não será analisada a experiência de Pirai.

<sup>9</sup> Para uma discussão mais aprofundada da relação entre práticas sociais e lógica jurídica, ver Asensi, França e Pinheiro (2007).

direito, mas sim a possibilidade jurídico-financeira de realizá-lo, ao menos parcialmente. Vejamos as seguintes passagens:

Bom, eu tenho verificado assim, né, que esses direitos, vamos dizer, prestacionais, eles têm no Brasil uma dificuldade de consecução bastante séria, porque eles exigem mais que os outros direitos, recursos públicos bastante significativos, né? (Membro do MP - Porto Alegre).

[...] aquilo que é dinheiro para condicionar a saúde, não é dinheiro de saúde. Aquilo entra noutro ponto do orçamento. Não dá pra deslocar o rico dinheiro da saúde para atender alimentação, transporte, lazer, que afinal de contas, isso é tudo que se espera da ação de um governo na área social (Membro do MP - Aracaju).

[...] não se admite limitação nessa questão do direito à saúde, enquanto os gestores públicos não aplicarem o mínimo em saúde. Ou seja, não venham me dizer que está faltando recurso, enquanto vocês não aplicam nem o mínimo! (Membro do MP - Aracaju).

Embora reconhecendo a existência de direitos previstos constitucionalmente, busca-se articular sua efetivação à possibilidade econômica do Estado de custear seu regular exercício. Deste modo, ficou presente nos dados o impasse sobre como formular um arranjo institucional que permita a plena garantia do direito à saúde. Trata-se de uma concepção complexa de direito, que está intimamente relacionada aos recursos de que o Estado dispõe, já que os membros do MP afirmam que o orçamento dos condicionantes de saúde (ex.: moradia, saneamento, transporte etc.) não deve se confundir com o orçamento das ações em saúde (ex.: medicamentos, melhoria do serviço, infra-estrutura de postos etc.), ao contrário do que, segundo os próprios relatos, tem ocorrido no âmbito das práticas de gestão dos recursos pelo Estado.

No âmbito dos gestores, também se observou o debate sobre os recursos econômicos de que o Estado dispõe para efetivar os direitos. O argumento consiste no seguinte: uma vez inserido num contexto de governamentalidade, o Estado deve gerir os recursos escassos que lhes são disponíveis, de modo que, diante de uma situação de escassez para a efetivação plena de direitos, seja justificada sua restrição. Tanto em tribunais quanto no próprio âmbito dos juristas – chamados no campo do direito de doutrinadores –, o

debate acerca da relação entre direitos e custos econômicos tem crescido e, inclusive, tem sido objeto de defesa dos governos em diversas ações judiciais, sendo por vezes acolhido como argumento juridicamente possível pelos tribunais. Assim como no MP, os gestores também debateram sobre a indisponibilidade de recursos do Estado para satisfazê-lo plenamente. A passagem abaixo é exemplificativa:

Eu não tô dizendo que não tenha direito, o direito tem, mas quando eu me programo, eu me programo para atender prioritariamente aquele, e eu vou atrás daquele, eu busco aquele, eu gasto recurso mais com aquele, porque eu priorizo aquele, porque eu sei que não vem, que vai adoecer mais do que o que tem informação, que tem outros recursos, que tem outros acessos (Gestor – Porto Alegre).

Basicamente, foi ressaltado que a insuficiência de recursos enseja a priorização de certas ações em detrimento de outras, o que promove a não-satisfação plena do direito à saúde. Em alguns casos, foi proposto o princípio da equidade como um critério de alocação de tais recursos, compreendendo-se por este princípio o ato de olhar os desfavorecidos e atuar positivamente em sua desigualdade por critérios de distribuição de recursos. Neste sentido, este princípio permitiria a constituição de algum critério para esta alocação, privilegiando locais e serviços com carências de recursos identificáveis institucionalmente. De qualquer forma, predomina a idéia de que o direito, não mais visto de forma absoluta, seria passível de relativização em virtude da insuficiência financeira do Estado em garanti-lo integralmente.

No âmbito dos profissionais de saúde, foi enfatizada, a exemplo do MP, uma concepção ampla de saúde, envolvendo não somente as ações em saúde, como também seus condicionantes. Em alguns relatos, tal perspectiva recebeu uma significação ainda maior, na medida em que o direito poderia ser visto como algo natural, intangível pelo Estado e, portanto, absoluto, afastando o argumento da equidade, na medida em que o sentido de direito é compreendido como algo universal, de titularidade de todos, que se caracteriza pela integralidade. Equidade, segundo as concepções dos profissionais, ameaça o princípio da universalidade e da integralidade, na medida em que desconsidera os sujeitos em suas especificidades. Vejamos o relato a seguir:

porque está lá “saúde de todos, dever do Estado” os profissionais de saúde que atuam dentro do SUS, eles são funcionários do Estado. Então eles têm que cumprir o dever do Estado, que é o dever de dar assistência universal, integral gratuito à população, um acesso igualitário, né? Isso só se consegue se a sociedade conseguir mecanismos suficientes para cobrar que isso aconteça (Profissional de saúde – Belo Horizonte).

Em uma das localidades, ainda é importante ressaltar a concepção de alguns profissionais médicos, para os quais seria possível um condicionamento da saúde aos recursos financeiros. Os entrevistados afirmam que a temática dos recursos não só está associada à idéia de insuficiência do Estado, como também à idéia de que o investimento em determinado indivíduo, caso seja custoso, pode prejudicar uma coletividade. Então, a oferta de tratamentos de alto custo e complexidade seria racionalmente equivocada se inserida na idéia de direito, na medida em que o coletivo estaria prejudicado diante da canalização de um montante considerável de recursos para o tratamento de somente um indivíduo. Deste modo, é possível constatar uma apropriação dos argumentos econômicos – originariamente presentes nos debates entre MP e gestores – no âmbito dos profissionais médicos, ao tratarem da temática dos recursos escassos como fatores impeditivos da garantia plena do direito à saúde. Deve-se dizer, entretanto, que tal concepção foi isolada e não se mostrou representativa dos saberes e práticas desses profissionais nas experiências estudadas.

No âmbito dos conselheiros, emergiu um sentido que não tinha sido atribuído por nenhum outro ator até então: a associação entre direito e pagamento de impostos, que é resquício do sistema de saúde pública anterior à Constituição de 1988. As passagens a seguir são elucidativas:

Porque a gente tem que ver que a gente não tá sendo favorecido, não tá pedindo favor, porque cada imposto que tu paga, tu tem direito à saúde (Conselheiro – Porto Alegre).

Apesar de pagarmos impostos, é absurdo não termos o direito à saúde cumprido (Conselheiro – Aracaju).

O direito constitucional à saúde seria, por isso, um direito subordinado, uma vez que se encontraria condicionado ao fato de a pessoa

efetuar o pagamento de impostos. Como desdobramento, o pagamento de impostos denota que o direito não é algo gratuito, mas sustentado mediante recurso público arrecadado. O imposto serve, portanto, como fundamento do direito à saúde, olvidando-se a perspectiva de que o direito pode ser garantido no cuidado, independentemente dos recursos, ou que o direito é previsto constitucionalmente.

No âmbito dos usuários, o eixo central de discussão foi a associação entre direito e serviço de qualidade, mais uma vez enfatizando o espaço da micropolítica e do cotidiano. Com isso, observa-se uma ênfase na idéia de prática, de forma de atendimento, de acesso e de qualidade. Para além deste sentido, os usuários apresentaram uma concepção de direito associada ao pagamento de impostos<sup>10</sup>, de forma semelhante à concepção dos conselheiros.

### O direito e suas práticas

De fato, os desafios para a consolidação do direito à saúde se encontram fortemente associados à superação da idéia de *sacrifício do cidadão*. O Estado, por não possuir recursos suficientes para investir em medicamentos, maternidades, leitos, hospitais, postos de saúde etc., se encontra numa situação de escolha trágica, em que qualquer opção enseja a exclusão de outras possibilidades de ação. Mas a defesa do sacrifício do cidadão não parece dar conta da complexidade da questão, tampouco do que efetivamente implica a existência de direitos no cenário contemporâneo.

O condicionamento da efetivação de direitos à presença de um aporte de recursos significativos no Estado pode ser problematizado numa dupla dimensão. Primeiramente, pela própria tentativa de se submeter o direito à economia ou, mais propriamente, de condicionar a exigibilidade do direito à possibilidade econômica do Estado de garanti-lo. Considerando que o direito à saúde, por exemplo, é um atributo de cidadania que se impõe ao Estado como um dever jurídico, qualquer tentativa que busque restringir seu exercício – principalmente justificativas não-jurídicas, como a econômica – poderia significar uma desconsideração de elementos fundamentais de qual-

quer democracia, tais como a segurança jurídica, o respeito aos direitos sociais e coletivos etc.

Em segundo lugar, a própria perspectiva que situa o Estado como protagonista do processo decisório – associado aos *experts* que influem em tal decisão – configura um cenário em que os conselhos participativos recebem pouco destaque. Uma vez que a escolha é realizada por critérios cada vez mais técnicos de alocação de recursos escassos, o espaço da discussão e deliberação democrática é subtraído do momento decisório. Isso permite reconfigurar os próprios espaços de exercício da cidadania, pois, em última instância, tendem a não exercer o poder decisório para o qual foram originariamente destinados. Ironicamente, os *conselhos* passam a ser meros espaços de *aconselhamento*.

Ao longo da exposição, observou-se que os principais atores que compõem o processo de formulação, fiscalização e execução das políticas de saúde (Ministério Público, gestores de saúde, profissionais de saúde, conselheiros de saúde e usuários) podem apresentar diferentes sentidos para o direito à saúde, principalmente no que concerne aos desafios socioeconômicos de sua efetivação. De fato, apesar de haver um direito positivado na norma jurídica, observa-se que, em seu desenvolvimento pelos atores sociais, esse direito é interpretado a partir de suas práticas, experiências e vivências tanto pessoais quanto institucionais. Cada um desses sentidos produz concepções de direito distintas – porém não necessariamente opostas – e enseja debates variados sobre a forma por meio da qual se atua em sua garantia. São sentidos que surgem, por vezes, em todos os atores; porém variam com relação à intensidade, frequência e conteúdo, o que implica reconhecer que não são exclusivos de uns, mas que perpassam, em maior ou menor grau, suas concepções.

No âmbito do cotidiano, a dimensão econômica também é apropriada nos discursos e nas práticas dos atores. Em alguns casos, o que se observa é um debate sobre como devem ser alocados os recursos; e, em outros, por sua vez, se observam diversas concepções que são atribuídas ao direito. A presença do imposto como fundamento do direito é muito visível, talvez porque a história deste direito no Brasil “cristalizou-se de forma extremamente desigual entre a população, contribuindo para que esta associasse a concepção de direito à saúde

<sup>10</sup> Para uma discussão mais aprofundada da relação entre usuários e direitos, ver França, Asensi e Pinheiro (2007).

como um privilégio e não como direito de cidadania” (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 47). Porém, deve-se ressaltar que o cuidado independe, a princípio, da existência de recursos econômicos. De fato, o ato de cuidar pode estar relacionado a diversos fatores, dentre os quais se destaca a dedicação da equipe, a centralidade do usuário, o vínculo que se estabelece no interior do serviço, o compromisso social do gestor etc.

Por fim, ainda é preciso considerar a inserção das instituições jurídicas nesse contexto de (des)democratização das decisões e (pluri)interpretação de direitos. A temática do acesso à justiça discute os limites e possibilidades de acesso dos cidadãos aos mecanismos estatais de resolução de conflitos, principalmente o Judiciário, ensejando uma problematização deste Poder e de suas formas de organização e funcionamento. Diante da presença de “obstáculos econômicos, sociais e culturais” (SANTOS, 1999, p. 168) e de um judiciário “incapaz de absorver determinados conflitos coletivos referentes a direitos sociais emergentes a partir dos anos 70” (JUNQUEIRA, 1996, p. 5), como pensar em estratégias de efetivação de direitos que atendam à permanente judicialização dos conflitos? Mais precisamente, diante de uma *explosão de litigiosidade*, principalmente da década de 90 em diante, como pensar o papel do Judiciário que, cada vez mais, tem-se configurado como um “muro das lamentações” (GARAPON, 1996) de cidadãos em busca de seus direitos?

De certo modo, a crítica ao Judiciário tem-se baseado em três questões, quais sejam: a) a percepção de justiça teria se transformado em questão crítica e problemática por amplos setores da população, da classe política e dos operadores do Direito; b) a considerável diminuição no grau de tolerância em relação à baixa eficiência do sistema judicial; c) o aumento da corrosão no prestígio do Judiciário (SADEK, 2004). Por isso, estamos diante de questões relevantes para a identificação de sucessos e falhas no sistema de saúde, cuja perenidade do conflito, contradição e resistência entre estes atores, constituem condicionantes de seu êxito como uma política de saúde de Estado.

Com efeito, outros espaços têm sido adotados como esferas de resolução de conflitos que visam, em maior ou menor grau, a se afastar da estrutura de funcionamento similar à do Judiciário. Tais

espaços têm adotado estratégias de mediação, pactuação e negociação fundamentalmente céleres e que visam, em certa medida, a atuar na efetivação de direitos existentes e na construção de novos direitos. No âmbito dessas novas esferas estatais, o Ministério Público desempenha papel fundamental, pois promove uma reflexão que situa os direitos como práticas concretas que atendam critérios substanciais de justiça e cidadania e busca, em certa medida, conferir algum grau de legitimidade democrática às decisões alocativas de recursos públicos.

## Referências

- ARENDRT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 1987.
- ASENSI, Felipe Dutra. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. (orgs.). *Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.
- ASENSI, Felipe D.; FRANÇA, Alexandre M.; PINHEIRO, Roseni. O texto e a ação: uma antropologia do Ministério Público na saúde. In: VII REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, Porto Alegre, 2007.
- DEAN, Mitchell. *Governmentality: power and rule in modern society*. London; Thousand Oaks: Sage, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Governing society: the story of two monsters*. *Journal of Cultural Economy*, v. 1, n. 1, 2008.
- FRANÇA, Alexandre M.; ASENSI, Felipe D.; PINHEIRO, Roseni. Saúde como direito e a saúde como privilégio no âmbito dos usuários do SUS. VII REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, Porto Alegre, 2007.
- FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. In: \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2004.
- GARAPON, Antoine. *Le gardien de promesses*. Paris: Odile Jacob, 1996.
- GORDON, Colin. Governmental rationality: an introduction. In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (orgs.). *The Foucault effect. studies in governmentality*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- JUNQUEIRA, Eliane. Acesso à justiça: um olhar retrospectivo. *Revista Estudos Históricos*, n. 18, 1996.
- MACHADO, Felipe Rangel de S.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

REALE, Miguel. *Teoria tridimensional do direito*. São Paulo: Saraiva, 2003.

ROSE, Nikolas. *Powers of freedom: reframing political thought*. New York: Cambridge University Press, 2005.

ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. Political power beyond the state: problematics of government. *British Journal of Sociology*, v. 43, n. 2, 1992.

SADEK, Maria Tereza. Poder Judiciário: perspectivas de reforma. *Revista Opinião Pública*, v. 10, n. 1, 2004.

SANTOS, Boaventura de S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1999.

## Há espaço para integralidade na assistência farmacêutica?

ANA PAULA MACHADO HECKLER  
FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA

### Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, traz como diretrizes de funcionamento a integralidade, a universalização e a equidade, e como princípios organizacionais a regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular (BRASIL, 1988). De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, o princípio da integralidade pode ser entendido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Essa nova forma de perceber a saúde foi impulsionada, sobretudo, pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, que representou uma forte mobilização popular e acadêmica pela universalização do acesso, pelo reconhecimento da saúde como direito universal e pela busca da integralidade na atenção à saúde. Analisado dessa maneira, o direito à saúde passa então a ser estruturado não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo, envolvendo, de forma articulada, as complexas condições de vida biológica, cultural, social e ambiental.

A integralidade pressupõe um olhar diferente às diversas perspectivas que formam o processo de produção de saúde. É, portanto, uma visão ampliada das necessidades de cada indivíduo, considerando-se o contexto e o momento de vida de cada sujeito, na qual os projetos terapêuticos surgirão de uma interação entre a equipe de

saúde e os usuários. Assim, a integralidade como prática de saúde pode ser compreendida, entre outros aspectos, como uma visão do sujeito na sua totalidade, na qual a compreensão do sofrimento acontece através da ampliação do processo saúde-doença para suas dimensões psicossociais, considerando a singularidade do sujeito e seu modo de perceber os eventos da vida (LACERDA; VALLA, 2006).

Essa visão ampliada de saúde pressupõe mudanças na forma de agir e de produzir saúde e, conseqüentemente, mudanças nas práticas de saúde, inclusive na prática farmacêutica. Antes do surgimento da idéia de atenção farmacêutica, na década de 90, a atuação do profissional farmacêutico era considerada exclusivamente “técnica”, com responsabilidade nos processos de fabricação e controle da distribuição de medicamentos. Essa forte concepção técnico-científica da prática farmacêutica além de isentá-la de subjetividade, colocou o farmacêutico a reboque do trabalho médico. Com isso, acabou por afastar o profissional do paciente/usuário, considerando-o, então, um mero agente consumidor de medicamentos.

Atualmente, contudo, seu papel de co-responsável pelo tratamento do usuário e promotor do uso racional de medicamentos começa a ganhar maior destaque. Para isso, a atuação deve necessariamente ampliar-se para o trabalho em equipe de saúde e de contato direto com os usuários. Ceccim (2006) destaca a importância da *entre-disciplinaridade* nas práticas de saúde, diferenciando-a da interdisciplinaridade, por ser “mais que uma interseção entre os profissionais”, mas por emergir do entre. Nesta nova visão, o cuidado será realizado entre os profissionais da equipe sem delimitação de fronteiras entre as profissões, resultando num projeto terapêutico usuário-centrado.

Em função das características sociais e epidemiológicas do mundo atual, estamos vivenciando um momento de expansão cada vez maior do uso de medicamentos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), o farmacêutico – além de contribuir para a melhoria dos resultados terapêuticos – deve ter uma atuação como dispensador de atenção sanitária, participando da prevenção de enfermidades e na promoção na saúde, articulando-se aos demais profissionais da equipe de saúde. No novo panorama da prática profissional, o enfoque não é apenas o medicamento em

si, mas o ser humano que o utilizará, entendido em seu contexto social, com suas motivações e perspectivas próprias sobre o processo saúde-doença, inclusive em relação ao consumo de medicamentos. Leite (2003) enfoca a importância de se considerar o indivíduo como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses e valores culturais para uma efetiva adesão à terapêutica medicamentosa.

Movimentos como o da elaboração do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS/OMS, 2002) e a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003) foram responsáveis por iniciar, de forma mais direcionada, o processo de construção de uma proposta de Atenção Farmacêutica no Brasil. Entre outros pontos importantes, esses documentos reivindicam a inclusão do profissional farmacêutico nas equipes de saúde, o reconhecimento do farmacêutico como agente promotor da saúde e a estruturação de serviços de assistência farmacêutica com infra-estrutura necessária.

Assim, é evidente que precisamos entender a assistência farmacêutica como mais do que uma atividade logística (adquirir, armazenar e distribuir medicamentos): seu funcionamento necessita estar integrado ao sistema de saúde e às pessoas sob seus cuidados. E para que isto se concretize, além da garantia de termos um medicamento prescrito corretamente, com quantidade e com qualidade suficiente para dispensá-lo, precisamos de profissionais qualificados, inseridos na prática do cuidado e que consigam estabelecer uma adequada relação de comunicação com os usuários.

Podemos dizer que a integralidade não é só uma diretriz do SUS, ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetiva” como uma maneira de indicar certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis (MATTOS, 2006).

No contexto de luta pelas mudanças necessárias na atenção à saúde no Brasil nos últimos anos, o termo *integralidade* pode ser analisado sob três eixos principais (MATTOS, 2006): 1) nas políticas públicas, como resposta aos problemas de saúde, procurando articular ações preventivas e assistenciais; 2) na organização dos serviços de saúde que devem realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida, e não somente como uma resposta à

doença; e 3) nas práticas dos profissionais de saúde, que devem olhar seus pacientes mais que *sistemas biológicos com lesões ou disfunções*.

Campos (2003) examinou alguns desafios da implantação da integralidade como princípio constitucional, analisando a proposta da vigilância em saúde. Esse autor considera que o princípio da integralidade

Implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases de atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, 2003, p. 577).

Assim, os sistemas de saúde organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotariam certas ações como a priorização das ações de promoção e prevenção, a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, a articulação de ações de promoção, prevenção, cura e recuperação e, por fim, uma abordagem integral do indivíduo e famílias (GIOVANELA, 2000).

O processo de implantação dos princípios da integralidade talvez seja, hoje em dia, um dos maiores desafios nas práticas em saúde, não como uma questão política, mas como um desafio cultural rompendo com as formas de se entender e se intervir em saúde.

### Um breve histórico da profissão farmacêutica no Brasil

No Brasil, o nascimento da profissão farmacêutica está muito ligado à colonização portuguesa. Nesse período, eram os boticários os responsáveis pela preparação dos remédios, feitos principalmente de plantas medicinais. Hepler e Strand (1990) analisaram o papel do farmacêutico sobre três principais períodos do século XX, definindo-os como: tradicional, transição e desenvolvimento da atenção ao paciente.

O papel tradicional corresponde ao período dos boticários, que procuravam, preparavam e avaliavam os produtos medicinais. Sua principal tarefa era garantir que os fármacos que vendiam eram puros e preparados com arte, realizando também a orientação aos clientes sobre o seu uso. Naquela época também era comum realizarem a prescrição de produtos. Com o desenvolvimento da indús-

tria farmacêutica em larga escala e o fato de a escolha dos agentes terapêuticos mais efetivos passarem a ser uma responsabilidade exclusiva do médico, a atuação do profissional farmacêutico ficou restrita ou à fabricação industrial ou à dispensação destes produtos.

No Brasil, a publicação da Lei nº 5991/73, ainda em vigor, estabelece que qualquer pessoa pode ser proprietária de farmácia ou drogaria, desde que tenha um profissional farmacêutico como responsável técnico pelo estabelecimento. Com isso, é possível perceber claramente uma visão mercantilista das atividades farmacêuticas, sendo um marco para a perda do papel social representado pela farmácia (ZUBIOLI, 1992 *apud* VIEIRA, 2007). A farmácia, como qualquer negócio, passa a voltar-se para o lucro, com o farmacêutico atuando como mero empregado/vendedor, perdendo o papel e o reconhecimento da sociedade como um profissional agente da saúde (VIEIRA, 2007).

O período de desenvolvimento da atenção ao paciente se inicia na década de 1960, marcado pelo aparecimento da farmácia clínica (*pharmaceutical care*) nos Estados Unidos. Essa é uma mudança importante, pois a prática farmacêutica passa a ter seu foco no usuário e o medicamento passa a ser entendido como instrumento para se alcançar um resultado. Mais recentemente, várias recomendações internacionais, como os informes das Reuniões de Nova Delhi (OMS, 1988), de Tóquio (OMS, 1993), além do Fórum Farmacêutico das Américas, são publicados com o intuito de repensar o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Antes considerado simplesmente o responsável pelo abastecimento de medicamentos, o farmacêutico passa agora a ser encarado como co-responsável pela terapia do paciente e pela promoção do uso racional dos medicamentos.

No Brasil, esse novo enfoque começou a surgir no final de 2000, com a formação de grupos de trabalho liderados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com objetivo de buscar estratégias para difundir a nova visão de atenção farmacêutica no Brasil.

### Assistência farmacêutica no SUS

Antes da criação do SUS, as definições legais sobre assistência farmacêutica e política de medicamentos não faziam parte das discussões das políticas de saúde. As atividades de assistência farmacêutica eram desenvolvidas pela Central de Medicamentos (CEME),

órgão do governo federal que concentrava a responsabilidade pela aquisição e distribuição de medicamentos básicos e de programas estratégicos para os estados. Neste sistema, as programações de medicamentos estavam distantes das reais necessidades dos municípios, ocasionando significativas perdas de produto e insatisfação do usuário pela dificuldade de acesso aos mesmos. A desarticulação da assistência farmacêutica e falta de medicamentos culminaram com o fim da CEME em 1997 (MAYORGA *et al.*, 2004), prevalecendo a idéia de que uma verdadeira política de medicamentos para o país, que incluía a assistência farmacêutica, não pode estar vinculada somente à aquisição e à distribuição de medicamentos.

Já em 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), estabelecendo algumas diretrizes fundamentais, entre as quais podemos destacar: 1) a adoção de uma relação de medicamentos essenciais; 2) a regulamentação sanitária de medicamentos; 3) a reorientação da assistência farmacêutica; 4) a promoção do uso racional de medicamentos; 5) o desenvolvimento científico e tecnológico; 6) a promoção da produção de medicamentos; 7) garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e 8) o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Preconizavam-se, dessa forma, ações envolvendo atividades que garantissem a promoção do acesso efetivo da população aos medicamentos, e não apenas sua compra e distribuição pelo governo.

No Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, a noção de Assistência Farmacêutica está definida como:

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2002, p. 15).

A assistência farmacêutica deve, portanto, estar inserida nesta visão de oferecer atenção integral à saúde, ultrapassando a idéia reduzida de responsabilidade apenas da logística de medicamentos (adquirir,

armazenar e distribuir), seja no serviço público ou privado. Nessa perspectiva, a prática profissional do farmacêutico inclui a prestação de serviços relacionados ao uso racional seja àqueles prestados diretamente aos usuários, tais como dispensação e acompanhamento, ou àqueles relacionados à segurança e a integração com demais etapas de atenção à saúde.

Neste contexto de integralidade, o trabalho em equipe assume importância fundamental, pois o cuidado das pessoas não é responsabilidade de um único profissional, mas de todos os seus integrantes, cada qual com abordagens diferenciadas, construídas a partir das especificidades da sua formação, mas todos agindo de modo solidário e focados no usuário. O farmacêutico, então, precisa ser sensibilizado quanto ao seu novo papel, que inclui o relacionamento com as pessoas assistidas por ele. É imprescindível se reconhecer como profissional de saúde e incorporar a missão do cuidado, trabalhando pela saúde e pela qualidade de vida num sentido mais amplo. Dessa forma, o farmacêutico deverá contribuir para satisfazer as necessidades sociais, por meio da visão humanística e do enfoque usuário-centrado. Os medicamentos são ferramentas importantes para a saúde, mas não podem ser reificados a ponto de alijarem o paciente do processo terapêutico. Voltando ao conceito de atenção farmacêutica, é inevitável estabelecer uma relação direta com o usuário, para que seja possível atender a suas necessidades associadas à farmacoterapia. Buscar entender o “outro” (usuário) na sua complexidade, ajudando a responder se o medicamento prescrito, de fato, é o mais adequado naquela determinada situação? Qual o entendimento do usuário sobre determinada medicação? Quais as suas expectativas e qual a relação simbólica estabelecida entre o usuário e o medicamento? Há a tentativa de resolver “tecnicamente”, através da prescrição de um medicamento, um problema de saúde que não é exclusivamente biológico?

No Brasil, a política de assistência farmacêutica vem sendo implementada ainda de forma incipiente. Observa-se que a grande maioria das unidades básicas de saúde vinculadas ao SUS apresenta alguns problemas, como desorganização do serviço, ausência do profissional farmacêutico nas equipes de saúde, falta de medicamentos, limitação do espaço físico reservado para a farmácia e serviço farmacêutico restrito ao atendimento da demanda, o que dificulta a

interação farmacêutico-usuário. Além disso, os próprios profissionais farmacêuticos apresentam uma visão na qual o medicamento se destaca como o mais evidente objeto de trabalho (MAYORGA *et al.*, 2004; ARAÚJO; FREITAS, 2006).

Para a melhoria da assistência farmacêutica, necessita-se da articulação de diferentes agentes. Por parte dos governantes, necessita-se de maior empenho para a inserção efetiva do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar e na formulação das políticas da área. No campo acadêmico, por outro lado, necessita-se do desenvolvimento de uma visão humanista, com a inserção de competências e habilidades de modo a possibilitar a associação do que é ensinado com as condições concretas da vida.

### Atenção farmacêutica

Desde o seu início, há mais de uma década, a atenção farmacêutica tornou-se um importante componente da prática farmacêutica em todo o mundo. A expansão das atividades e serviços relacionados ao controle e acompanhamento da farmacoterapia reflete a responsabilidade da profissão em aprimorar a segurança e efetividade do processo de utilização de medicamentos.

A utilização de medicamentos é um processo complexo com múltiplos determinantes e envolve diferentes atores. As diretrizes farmacoterapêuticas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, é importante ressaltar que a prescrição e o uso de medicamentos são influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política (PERINI *et al.*, 1999).

As bases conceituais da atenção farmacêutica afirmam que a responsabilidade do farmacêutico está em identificar as necessidades do usuário relacionadas com o medicamento e em comprometer-se em resolvê-las. É, portanto, uma prática centrada no usuário, baseada num acordo entre este e o farmacêutico, buscando estabelecer um vínculo, identificando as responsabilidades de cada um e a importância da participação ativa de ambos (CIPOLLE *et al.*, 2000).

A atenção farmacêutica foi definida pela primeira vez por Hepler e Strand (1990) como a “provisão responsável pelo tratamento farmacológico com a finalidade de atingir resultados definidos que

melhorem a qualidade de vida dos usuários”. É, por conseguinte, um processo na qual o farmacêutico coopera com o usuário e outros profissionais, mediante desenho, execução e monitorização de um plano terapêutico mais amplo.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde realizou em Tóquio um encontro para discutir o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, sua responsabilidade quanto às necessidades assistenciais do usuário e da comunidade. Foram elencados os papéis tradicionais do profissional e relacionaram-se os papéis não-tradicionais do farmacêutico numa série de outras dimensões, como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a atenção primária à saúde, a informação farmacológica, a terapêutica e toxicológica, a farmacovigilância, a administração dos serviços de saúde, as formulações de políticas e o planejamento em saúde. O benefício da atenção farmacêutica foi estendido para toda a comunidade, ao reconhecer a relevância da participação do farmacêutico junto com a equipe de saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Utilizando referenciais internacionais, análise do contexto sanitário e buscando a promoção da prática da atenção farmacêutica de forma articulada com a assistência farmacêutica, no marco da Política Nacional de Medicamentos foi definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS/OMS, 2002), que:

atenção farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002, p. 16-17).

Os macrocomponentes desta prática farmacêutica são: 1) educação em saúde (incluindo a promoção do uso racional de medicamentos); 2) orientação farmacêutica; 3) dispensação; 4) atendimento farmacêutico; 5) acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico; e 6) registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica inova por considerar a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como componente da atenção farmacêutica, o que constitui um diferencial importante em relação às definições adotadas em outros países (OPAS/OMS, 2002). Conseqüentemente, esta atividade profissional exige que o farmacêutico atue muito mais que numa simples dispensação de medicamentos, responsabilizando-se por resolver ou melhorar o problema de saúde do usuário, através do fornecimento de informação apropriada para assegurar o uso racional de medicamentos (DADER; ROMERO, 1999) e sem medicar em excesso.

O que se quer, em síntese, é uma relação terapêutica, uma aliança entre o profissional e o usuário, formada com a finalidade de satisfazer as necessidades de assistência à saúde do usuário. É um ato de cuidado na integralidade biopsicossocial do indivíduo e não apenas na visão reducionista de um estado patológico (CIPOLLE *et al.*, 2000).

### Formação acadêmica

O que defendemos neste texto é que a prática profissional baseada na integralidade não pode estar dissociada da formação acadêmica, ou seja, sair da retórica e partir para o ensino (CECCIM; CARVALHO, 2005). Historicamente, a educação dos profissionais de saúde está embasada no modelo médico hegemônico, com uma abordagem biológica, medicalizante e procedimento-centrada. A formação dos profissionais de saúde – e a farmácia não é exceção – não deve estar estruturada exclusivamente apenas nas exigências do mundo do trabalho, atendendo a uma lógica produtivista. Para uma nova prática, coerente com os princípios do SUS, são necessárias transformações também no âmbito da formação do profissional em saúde (SILVA; TAVARES, 2004).

Apesar de inúmeras experiências de sucesso pelo país afora, o ensino na área da saúde ainda é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentalizada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, perpetuando assim modelos tradicionais de prática profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). As mudanças devem estar embasadas numa lógica de formação com uma educação crítica, libertadora, que pressuponha o compromisso com a formação integral do ser a partir da escuta das neces-

sidades da população, indo além da aquisição formal dos conhecimentos técnicos, construindo saberes a partir de realidades sociais, superando a aprendizagem formalista e a simulação de situações idealizadas de trabalhos que não levam em consideração a complexidade e incerteza das situações concretas de saúde-adoecimento (SILVA; TAVARES, 2004).

O campo da formação do profissional farmacêutico, portanto, deve estar voltado para uma lógica não somente tecnicista, mas também baseado no diálogo, na reflexão, na crítica e na capacidade de tomar decisões. Assim, a formação também deve ser voltada para a prática na farmácia, no SUS e em qualquer outro âmbito relacionado ao processo de atenção à saúde, com integração dos diferentes campos de conhecimentos e a produção dos múltiplos saberes (IVAMA; BUENO; PIANETTI, 2005).

A integralidade da atenção se apresenta como importante dispositivo para que o processo de trabalho em saúde esteja embasado numa produção de cuidado eficaz, humanizado, centrado nas necessidades individuais e coletivas dos usuários dos serviços de saúde, resgatando o conceito de omnilateralidade, ou seja, a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer questão, exigindo uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas (SILVA; TAVARES, 2004). E para que esse objetivo seja atingido, faz-se necessário um novo profissional farmacêutico, resultado de profundas mudanças sociais e econômicas que estão surgindo na sociedade em nível nacional e internacional. Este novo profissional deve estar voltado para o atendimento das necessidades sociais, inserido nas discussões de políticas de saúde e engajado no trabalho em equipes multidisciplinares.

Atualmente, o ensino farmacêutico no Brasil está vivenciando uma fase de busca de novos caminhos. Durante a realização da I Conferência Nacional de Educação Farmacêutica, em 2000, discutiram-se, entre outros temas, a preocupação com o elevado número de cursos e o grau de qualidade do ensino oferecido por esses cursos; a importância da formação de profissionais envolvidos com o usuário do medicamento e a grande concentração de carga teórica desvinculada das situações práticas reais. Esses debates têm como objetivo a aproximação do ensino farmacêutico brasileiro às reco-

mendações da organização Pan-Americana de Saúde quanto à Atenção Farmacêutica (BRANDÃO, 2000).

A grande deficiência da maioria dos atuais currículos dos cursos de farmácia nas questões relacionadas ao uso de medicamentos, à atenção à saúde no nível individual e coletivo e ao SUS talvez seja superada com as perspectivas trazidas pelas novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde propostas pelo Ministério da Educação, que afirmam que a formação dos profissionais de saúde deve, além de contemplar a atenção integral da saúde, articular-se com o Sistema Único de Saúde, de modo a garantir orientação intersetorial ao ensino e à prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2002 e 2005).

Uma intervenção também importante se dá através da pós-graduação. Desde 2002, por exemplo, o Ministério da Saúde vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde, com o objetivo de possibilitar a formação de profissionais e contribuir para a mudança no desenho técnico-assistencial do SUS. De acordo com a Lei nº 11.129/2005, a residência é caracterizada como ensino de pós-graduação *lato sensu*, focada na educação em serviço e desenvolvida em regime de dedicação exclusiva. O foco da residência é o treinamento em serviço, ou seja, aprender a fazer, fazendo (BRASIL, 2006).

### Considerações finais

A consolidação do SUS tem imposto a seus participantes a superação de obstáculos, na busca de soluções para vários desafios próprios de seu desenvolvimento. Entre eles, a necessidade de se buscar formas que reduzam a fragmentação existente entre os diversos serviços de saúde, através da efetivação de uma rede integrada de atenção à saúde. Porém, não é fácil implantar formas de abordagem integral da saúde num sistema hegemonicamente medicalizante, superespecializado, excessivamente tecnológico e centrado no hospital. Essa nova concepção passa pela revalorização da prática clínica e o desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais.

Nesta perspectiva da integralidade, o planejamento, a gestão dos serviços e a prática clínica devem resultar de um processo no qual diferentes profissionais, situados em diversos pontos de atenção à saúde, possam intervir de modo articulado, cooperativo e onde

sobretudo haja respeito ao usuário/cidadão. Portanto, para a organização dos serviços rumo à atenção integral, necessita-se de uma efetiva rede integrada de serviços de saúde, em contraposição a um conjunto disperso de serviços, programas, ações e práticas clínicas.

A atenção farmacêutica é um modelo de prática profissional ainda pouco difundido no Brasil. É importante, portanto, que se amplie a discussão sobre sua implementação plena, não só sobre atenção farmacêutica, mas sobre as práticas farmacêuticas responsáveis, vinculadas ao SUS e que visem à melhoria da qualidade de vida dos usuários desse sistema.

O processo de mudança da prática farmacêutica exige o deslocamento do foco central das ações, do medicamento para o usuário. Nesta nova prática, o profissional deve atuar como trabalhador da saúde, inserido numa equipe comprometida com o cuidado. Assim, o farmacêutico precisa resgatar seu lugar como profissional de saúde e deixar de ser apenas o responsável técnico que preenche documentos e assina papéis. O novo contexto da saúde exige que o farmacêutico tenha consciência da sua importância como profissional do medicamento e do usuário, assumindo seu papel na sociedade, prestando atenção adequada, informando e orientando sobre o uso correto de cada medicamento, promovendo a saúde e melhorando a qualidade de vida, ou como sugere GÉRVAS (2007), ter a função de “farmacêuticos de cabeceira”, no sentido da aproximação com os usuários.

É importante que o debate sobre atenção farmacêutica seja inserido na perspectiva do cuidado. Da mesma forma, é fundamental que a universidade se aproxime e se aproprie dessa construção, a fim de formar profissionais capazes de se comunicar com o “outro”. É claro que não podemos e não devemos perder a dimensão técnica do farmacêutico. Mas ela será sempre insuficiente se não considerarmos o usuário como figura central no cuidado em saúde.

### Referências

- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.
- BRANDÃO, A. O fortalecimento da atenção farmacêutica. *Infarma*, v. 21, p.6-13, 2000.

BRASIL. Lei nº. 5991, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1973.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasil: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos>

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. RESOLUÇÃO CNE/CES n. 2, de 19/02/2002 (DOU 4/3/2002). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Anteprojeto de lei que estabelece normas gerais da educação superior, regula a educação superior no sistema federal de ensino e dá outras providências. 2005. Disponível em: [www.mec.gov.br/reforma/documentos/DOCUMENTOS/2005.5.30.14.46.15.pdf](http://www.mec.gov.br/reforma/documentos/DOCUMENTOS/2005.5.30.14.46.15.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas a vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, 2004.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e os SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 259-278.

CIPOLLE, R. J. *et al.* Resultados del ejercicio de la Atención Farmacêutica. *Pharm Care Esp.*, v. 2, p. 94-106, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2003, Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DADER, M. J. F.; ROMERO, F. M. La atención farmacêutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp.*, n. 1, p. 52-61, 1999.

GÉRVAS, J. Nuevas profesiones y nuevos papeles para las viejas profesiones en atención primaria. *Seminarios de innovación en atención primaria*, 2007. Madri. Disponível em: [http://foros.fcs.es/pdf/beatriz\\_ogando.pdf](http://foros.fcs.es/pdf/beatriz_ogando.pdf). Acessado em: 16 out 2007.

GIOVANELA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

HEPLER, C. D., STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J. Hosp. Pharm.*, v. 47, n. 533-543, 1990.

IVAMA, A. M.; BUENO, D.; PIANETTI, G. A. A implantação das diretrizes curriculares nos cursos de farmácia: avanços e desafios. *Revista Olho Mágico*, v. 12, n. 4, p. 39-48, 2005.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 91-102.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MAYORGA, P. *et al.* Assistência Farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*. Nova Delhi, 1988. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/who-pharm-dap-90-1.pdf>

\_\_\_\_\_. *El papel del farmacéutico en la salud: declaración de Tokio*. Genebra, 1993. Disponível em: <http://opas.org.br/medicamentos>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília, 2002. Disponível em: <http://opas.org.br/medicamentos>

PERINI, E. *et al.* Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. *Rev. Ciênc. Farm.*, n. 20, p. 471-488, 1999.

POSEY, M. Pharmaceutical care: will pharmacy incorporate its philosophy of practise? *J. Am. Pharm. Assoc.*, v. 537, n. 2, p. 145-148, 1997.

SANTOS, A. M. Desafios e oportunidades do farmacêutico na promoção da saúde. *Infarma*, v. 17, n. 5/6, p. 73-78, 2005.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica dos profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

ZUBIOLI, A. *Profissão: farmacêutico. E agora?* Curitiba: Lovise, 1992.

## **PARTE II**

**Busca por cuidado como condicionante de  
saúde: usuários, mediadores e práticas  
associativas públicas na demanda por saúde**

# Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde<sup>1</sup>

PAULO HENRIQUE MARTINS

## **Introdução: desnaturalizando o termo *usuário***

Um dos grandes méritos intelectuais de G. Simmel foi o de contribuir para desnaturalizar categorias sociológicas que parecem óbvias e transparentes, à primeira vista, como é o caso daquela da *pobreza*, mas que se revelam extremamente ambíguas quando submetidas a uma crítica mais severa. Segundo ele, o pobre como categoria social não se define por critérios quantitativos ou de privações materiais de quaisquer naturezas, como é correntemente entendido tanto pelos planejadores como pelo senso comum, mas, diferentemente, a partir de ações assistenciais humanitárias definidas por normas sociais como aquela do direito ao necessitado (SIMMEL, 1998 e 2002, p. 219). Para ele, a pobreza é uma categoria eminentemente relacional e não individual produzida no movimento histórico concreto de produção da vida social<sup>2</sup>. A pobreza não é algo substantivo, mas um fato que se institui a partir de certas modalidades de trocas sociais e de interven-

---

<sup>1</sup> Este texto é fruto de discussões coletivas produzidas no âmbito do termo de cooperação técnica entre o NUCEM (Núcleo de Cidadania e Mudança da UFPE) e o LAPPIS, com o propósito de desenvolver um entendimento em rede das ações de saúde e metodologias avaliativas centradas nos usuários. Estima-se com isso fortalecer uma rede multicêntrica, envolvendo grupos de pesquisas situados em diferentes instituições nas cinco regiões do país, os quais oferecem solidariamente, e referenciados nas suas atividades de ensino e pesquisa locais, contribuições relevantes e originais para se produzir conhecimentos que permitam recolocar as principais questões sociais e políticas presentes na saúde coletiva, no Brasil.

ções assistenciais que tendem a posicionar uma parte dos membros da sociedade numa posição identificada como sendo de pauperismo.

Como desdobramento, é de se supor não existir uma única leitura do que seja pobreza, mas diversas leituras cujas significações culturais variam de sociedade para sociedade, podendo adquirir sinais positivos e/ou negativos, dependendo dos valores e crenças dominantes<sup>3</sup>.

As críticas desconstrucionistas de categorias genéricas do imaginário sociológico foram também objetos dos interesses de outros autores contemporâneos de Simmel, como Mauss (2003) e J. Dewey (1991)<sup>4</sup>. Tais críticas, apoiadas em observações empíricas sutis das relações intersubjetivas e interpessoais, são uma via muito fecunda para clarear o papel das crenças coletivas na produção das instituições sociais e, por isso, vêm sendo revalorizadas, hoje, não apenas no plano teórico mas, também, no prático. Por conseguinte, considerando que tudo feito pelo ser humano pode ser por ele desfeito, compreende-se o valor do método desconstrucionista<sup>5</sup> sugerido por esses autores na crítica a toda tentativa de naturalizar e perpetuar

<sup>2</sup> Anete Ivo enfatiza este aspecto relacional em Simmel ao articular o pauperismo com o dom. Diz a autora: “a questão do pauperismo e da pobreza como um sistema intersubjetivo de obrigações paradoxais, inscrito nas relações da dádiva (entre quem dá, quem recebe), entendendo-a como estrutura fundamental de criação do vínculo social” (IVO, 2008, p. 55). Para uma compreensão detalhada da teoria do dom no interior da teoria social, sugerimos nosso texto “De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais – Itinerários do dom)” (MARTINS, 2008).

<sup>3</sup> Se, na Índia de Gautama, o Buda, 500 anos antes de Cristo, a pobreza de monge tinha a significação de espiritualidade, sendo logo vista com sinais positivos, na sociedade capitalista e materialista atual, a pobreza tem uma conotação depreciativa, sobretudo quando a ela opomos seu par semântico, a riqueza. Na nossa sociedade, ser pobre é uma limitação moral; ser rico é uma exaltação do poder.

<sup>4</sup> Embora tenham vivido em países diferentes (Mauss na França, Simmel na Alemanha e Dewey nos Estados Unidos), eles convergem na valorização da idéia de associação: Simmel, pelo termo *sociação*, Mauss, pelo termo *dom* e Dewey pelo de *associação*. Estge último propôs que a associação é um fato típico da vida em sociedade: “*there is no mystery about the fact of association, of an interconnected action which affects the activity of singulars elements. There is no sense in asking how individuals come to be associated. They exist and operate in association*” (DEWEY, 1991, p. 23).

<sup>5</sup> O método desconstrucionista está presente nos grandes clássicos. Se analisarmos detidamente as práticas intelectuais e os ensinamentos de personagens como Confúcio e Sócrates, vemos que ali estão presentes importantes pedagogias desconstrucionistas. Mas há de se reconhecer que este método ganha evidência no interior da crítica pós-estruturalista, sobretudo por autores como J. Derrida (1967), que explorou em profundidade a lingüística contemporânea para desconstruir o pensamento estruturalista moderno.

instituições sociais como aquelas de pobreza, dificultando se entender a trama social e política presente nos interstícios do mundo contemporâneo. Nesta linha de raciocínio, outras categorias aparentemente substantivas, como são os casos das de indivíduo, sociedade, cidadania, de utilitarismo, consumo e usuário, também devem ser objeto de um trabalho crítico desta ordem, no sentido de revelar aspectos sociologicamente problemáticos da vida social.

Neste artigo nos debruçaremos na análise do tema do usuário e, como Simmel, partimos do princípio que ele não encerra um sentido substantivo. Ao contrário, nossa hipótese é de que este termo é mediado por interpretações diversas resultantes de embates intersubjetivos e de lutas pelo poder no interior da esfera pública primária. Ou do que A. Caillé prefere designar de espaços das “associações híbridas” que se formam entre a sociabilidade primária pública e a sociabilidade primária privada (CAILLÉ, 2004, p. 25-31). Pensando no caso do sistema de saúde, no Brasil, diríamos que este espaço de associações híbridas é aquele que vem se estruturando entre os serviços locais de saúde e as famílias de usuários do SUS.

Num outro ângulo, há de se reconhecer que a partir do advento da cidadania republicana – que é um constructo histórico totalmente diverso daquele da cidadania aristocrática –, a idéia de usuário deixa de possuir uma conotação meramente funcional e elitista. O usuário, na perspectiva da cidadania republicana, não é apenas aquele indivíduo que usufrui o bem distribuído e/ou concedido pela autoridade principesca e/ou administrativa, o que caracteriza a experiência restrita de cidadania no mundo pré-moderno. Mas todos os membros da comunidade que são convocados a se posicionar livre e igualitariamente sobre os critérios de acesso e sobre os modos de redistribuição e de apropriação do bem comum. Ou melhor, o usuário no sistema republicano é uma categoria sociológica importante na formulação e na sanção de obrigações comuns – intersubjetivas e objetivas – sem as quais o que designamos de esfera pública democrática – lugar de vivência coletiva do social e da política – não pode existir<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Na modernidade, lembra H. Arendt (2003, p. 51), as esferas públicas contribuem para reduzir as influências do privado e realçar a importância da igualdade como conquista política e jurídica, ou seja, a propriedade individual sendo relativizada pela propriedade social.

No presente texto, vamos responder ao desafio proposto, de discutir as razões que levam o usuário a tomar certas decisões na organização de suas práticas e cuidados de saúde, partindo do princípio de que, primeiramente, é necessário desconstruirmos sua representação funcional, isto é, a compreensão do usuário como mera categoria estatística ou de planejamento<sup>7</sup>. Em segundo lugar, é importante desconstruir igualmente a leitura individualista do usuário, pela qual este é concebido como o ator social que usufrui unilateralmente do serviço público a partir dos cálculos que produz sobre sua condição de saúde pessoal, sem consideração de sua co-dependência com relação aos condicionantes comunitários. Deste modo, tanto a visão funcionalista – que exalta a organização funcional – como a leitura individualista – que consagra o interesse individual sem consideração do todo – são modalidades conceituais restritivas. Elas escondem a complexidade intersubjetiva e a dinâmica processual das redes humanas subjacentes às intervenções externas (políticas, administrativas e jurídicas) sobre a trama social e que impedem uma compreensão mais aprofundada da relação entre usuário cidadão e esfera pública democrática.

Vamos, a seguir, buscar entender outros significados que adquire o termo *usuário*, em particular aquele de “usuário do serviço público”, quando o submetemos a esta crítica desnaturalizante.

### As múltiplas faces do usuário como cidadão

Guardando as devidas proporções, as dificuldades de se entender a categoria do usuário do serviço público são próximas daquelas de cidadania na medida em que, à primeira vista, usuários e cidadãos parecem ser “condições naturais” dos indivíduos humanos que vivem em sociedades com Estado organizado, o que configura um erro de interpretação quando nos reportamos a Simmel. Nem a palavra *cidadania* reflete um direito natural do ser humano, ao contrário do que se pensa comumente<sup>8</sup>, nem o termo *usuário do*

*serviço público* constitui uma referência funcional e automática do indivíduo consumidor dos bens e serviços públicos. Há que se problematizar criticamente tal noção para tirá-la de sua aparente obviedade nominal, e demonstrar que sob sua aparência mórfica homogênea esconde-se uma pluralidade de representações moldadas nas fronteiras administrativas, políticas e jurídicas construídas entre os espaços do Estado e da sociedade civil.

Tratam-se de representações buriladas tanto no calor das lutas pelo controle do poder entre grupos sociais e corporativos, como dos pactos supragrupais que resultam em obrigações coletivas comuns sem as quais não pode existir o que conhecemos como esfera pública e cívica. Neste sentido, há uma correlação estreita entre a organização do público democrático e o surgimento de pessoas públicas investidas de uma motivação pela associação, como o sugerem J. Dewey (1991) e Taylor (2000)<sup>9</sup>. Tal categoria relacional nos parece ser própria do público usuário no contexto da democracia participativa. A ausência de tal correlação deve ser um fator de preocupação revelando o enfraquecimento das instituições democráticas.

Apurando nosso olhar crítico sobre o tema do *usuário do serviço público* a partir do cotidiano, é possível entender que as modalidades de institucionalização do seu imaginário são definidas a partir da luta pela delimitação de lugares de exercício do poder. No caso da saúde, no Brasil, pode-se dizer que a visibilidade cultural e lingüística do *usuário do serviço público* resulta do confronto de vivências e percepções que colocam frente a frente o ator comunitário e o gestor estatal. No Brasil, tal processo é também enriquecido pela presença do agente de saúde na medida em que a posição ambivalente deste ator institucional – entre a comunidade e o serviço público – termina exercendo papel relevante na organização do acesso e na redistribuição dos bens públicos na saúde. Em cada nível de organização de ações em saúde – na casa, na rua ou no serviço –, os atores envolvidos na saúde (po-

<sup>7</sup> No caso do SUS (Sistema Único de Saúde), no Brasil, o planejador pensa em geral no *usuário pobre*, termo que produz automaticamente uma cultura assistencialista movida por conotações depreciativas do ponto de vista moral e cognitivo.

<sup>8</sup> A cidadania é um constructo moral, político e jurídico que apenas surge em sociedades complexas nas quais se cria e se sanciona um direito público, que garante ao mesmo tempo os valores da liberdade e da igualdade e as perspectivas de justiça social entre os membros da comunidade (MARTINS, 2008a).

<sup>9</sup> Para Dewey, o público é a comunidade como um todo que envolve não apenas laços associativos diversos, mas uma organização de todos os membros a partir de um princípio integrado que deriva da associação e da ação estatal (DEWEY, 1991, p. 38). C. Taylor, por sua vez, sugere que a esfera pública é uma condição necessária para que as sociedades modernas se autojustifiquem como sociedades livres a autogovernadas e voltadas para o interesse comum (TAYLOR, 2000, p. 277).

pulação, profissionais da saúde, gestores etc.) recriam seus discursos, crenças e práticas sobre a condição de SER USUÁRIO, considerando: os contextos profissionais, culturais, sociais e existenciais dos grupos de atores envolvidos, as redes semânticas da doença e da saúde e a consciência discursiva dos comunitários.

O ator comunitário reelabora sua fala técnica em função de alguns critérios: a) dos determinantes sociais, culturais, ambientais etc. presentes no seu contexto sociocultural e b) de sua capacidade de reorganizar sua consciência discursiva a partir dos novos elementos postos pela consciência prática. O agente de saúde reelabora sua fala técnica em função da ambigüidade estrutural de sua posição dada: a) pela importância de se estabelecer uma conversação dialógica e solidária com o comunitário; b) pela necessidade de implementar ações de apoio em saúde que são acompanhadas e avaliadas permanentemente a partir de um saber técnico e científico definido *a priori*; e c) pela necessidade de garantir sua sobrevivência profissional e sua qualificação técnica. Enfim, os demais profissionais da saúde e gestores elaboram suas falas técnicas a partir de: a) suas experiências profissionais e tecnológicas anteriores; b) novas diretrizes de ação e de avaliação e das inovações científicas; e c) técnicas constantemente renovadas que impactam sobre a complexidade do serviço e do ambiente político e organizacional.

Os atores sociais (agentes, usuários etc.) podem se empoderar no processo de organização imaginária e institucional do ser usuário, posicionando-se como sujeitos ativos da ação e desconstruindo a associação negativa entre pobreza e pauperismo em geral (social, cultural, econômico e mental). Para isso é importante que passem a refletir sobre suas redes de relacionamentos e de significações no cotidiano, aceitando correr o risco de refazer crenças e rotinas sobre o mundo da vida. Os mecanismos de construção reflexiva do reconhecimento são múltiplos e dependem do nível de formalização da cena institucional (exemplo: o cidadão como pai ou mãe de família, como usuário do serviço de saúde, como empregado ou empregador, como fiel de uma igreja, como associado do clube de dominó do bairro etc.). Os indivíduos se organizam dentro de um sistema complexo de redes de significação que partem dos relacionamentos primários – onde funciona o dom – para os relaciona-

mentos secundários – onde se estabelecem o direito e as normas de funcionamento das organizações. Guardando esta perspectiva, pode-se dizer que: no nível sócio-humano, a reflexividade é condicionada pela autoconfiança que se move pelo amor; no nível sócio-institucional, a reflexividade é condicionada pela auto-respeito que se move pelo direito; no nível sociotécnico, a reflexividade é condicionada pela auto-estima que se move pela solidariedade. Em cada um desses níveis, o reconhecimento assume um aspecto particular como dádiva e como reciprocidade (CAILLÉ, 2008).

A multiplicidade dos mecanismos de reconhecimento ocorre dentro de um sistema de redes de significações que partem dos relacionamentos primários – onde funciona o dom – para os relacionamentos secundários – onde se estabelecem o direito e as normas de funcionamento das organizações. A cada nível de estruturação de cenas cotidianas no desenvolvimento da ação pública, são forjadas redes de pertencimento que classificamos como redes sócio-humanas (no interior da sociedade civil), redes sócio-institucionais (entre a sociedade civil e as organizações formais como o Estado) e redes sociotécnicas (no interior das organizações formais) (MARTINS; FONTES, 2004). Em cada um desses níveis de estruturação institucional das sociabilidades, existem fatores morais, afetivos e emocionais diversos que contribuem com suas particularidades na organização da reflexividade e do reconhecimento das redes de significações pelo ator social em foco.

Cada olhar ou perspectiva que se constrói sobre o SER USUÁRIO constitui o elo explicativo de amplas redes de significações que são objetos de tensões e conflitos permanentes gerados pelas diversas posições hierárquicas e interesses morais envolvidos na organização e na representação do usuário como cidadão. Nesta perspectiva, uma compreensão adequada do usuário deve resultar de um entendimento teórico fenomenológico e construtivista que inspire ações políticas e intervenções públicas em rede. Tal entendimento implica se considerar que os atores sociais (agentes, usuários etc.) podem se empoderar como sujeitos ativos no cotidiano desde que passem a compreender o funcionamento de suas redes de relacionamentos e de significações, refletindo sobre os conflitos e mecanismos estagnantes que impedem a fluidez dos laços sociais.

É importante entender o usuário público como a figura de síntese – sempre mutável – de um processo permanente de barganha e de negociação intersubjetiva e voltada para a construção de um imaginário coletivo que mobiliza instantaneamente o Estado e a sociedade civil, formatando os espaços públicos em sociedades complexas. Mas para realizarmos o trabalho de problematizar criticamente o usuário, é necessário ultrapassar os dilemas simplificadores citados – funcionalistas e individualistas –, integrando o aporte sistêmico e interacionista da teoria das redes sociais (MARTINS, 2004). Apenas esta compreensão mais abrangente de rede nos habilita a uma compreensão sistêmica do usuário, pela qual o usufruto do bem público aparece como a consciência comum do que “circula entre nós” (GODBOUT, 2007), esta circulação não sendo outra coisa que o próprio dom da vida.

#### **As redes sociais interativas como contributos teóricos na resignificação da figura do usuário na esfera da saúde**

A idéia do usuário como uma unidade atômica e separada do todo social que é muito presente no interior do pensamento liberal é uma abstração que tende a interferir negativamente tanto sobre os avanços do movimento sanitário como sobre o planejamento das ações de saúde – sobretudo quando se pensa na atenção primária e quando se visa ao empoderamento do ator social e comunitário. Daí, a importância de se avançar na compreensão da rede de usuário de modo a integrarmos uma compreensão mais complexa das práticas intersubjetivas, permitindo-se estabelecer uma negociação de caráter participativo entre o Estado e a sociedade civil, no contexto da luta democrática e da formação dos espaços associativos híbridos na saúde.

Claro, é necessário, desde logo, delimitarmos a noção de rede que estamos utilizando neste texto, visto que há diferentes noções cujos conteúdos nem sempre são conciliáveis. É o caso da noção de rede utilizada na cibemética para explicar o funcionamento auto-regulador de máquinas complexas. É também o caso da noção funcionalista de rede dominante nas ciências sociais nos Estados Unidos – conhecida como *network analysis* –, que enfatiza a capacidade do ator social de mobilizar recursos diversos para atingir seus próprios interesses sem

consideração dos mecanismos obrigatórios de reciprocidade que condicionam a liberdade individual<sup>10</sup>. Nessas duas perspectivas acima, a idéia de rede tem, sobretudo, um valor metodológico, não se discutindo claramente a relação teórica de rede social com a produção imaginária da sociedade pelos seus membros. Tais perspectivas reducionistas não coincidem com a abordagem interacionista de rede que pretendemos apresentar neste texto. Nossa intenção é ir além da discussão sobre o interesse metodológico das redes, para enfatizar suas implicações conceituais gerais na produção das instituições sociais e da esfera pública democrática.

A idéia de rede que desenvolvemos aqui para repensar uma visão integralizada do usuário – que dê conta ao mesmo tempo de suas obrigações coletivas e dos mecanismos de emancipação individual – coloca-se dentro de uma tradição interacionista que tem suas raízes nas contribuições de autores como Simmel, Durkheim, Mauss, Moreno e Elias (MARTINS, 2004a). Para tais autores, é mais importante compreender os nexos e processos que as posições fixas. Para eles é mais relevante entender as interações que as estruturas, pois no plano concreto da vida o que existe são processos dinâmicos e mutantes. Esta é uma questão epistemológica fundamental com reflexos sobre os entendimentos práticos da vida. Ela nos permite intuir que as classificações genéricas e dualistas – ou indivíduo ou sociedade ou agência ou estrutura – são meras abstrações que não favorecem uma compreensão interativa da sociedade, sendo o maior desafio para o pesquisador o de construir um olhar que percorra “a dinâmica incessante e variada de bens circulantes no interior da vida social” (MARTINS, 2004, p. 24-25).

A noção de rede social que adotamos se apreende por este olhar que se constrói nas fronteiras de teorias sistêmicas, fenomenológicas e interacionistas. Tal compreensão de rede social contribui para se entender que as posições sociais, os reconhecimentos culturais e os direitos sancionados coletivamente (políticos, cívicos, econômicos,

<sup>10</sup> Neste segundo caso, as redes são entendidas prioritariamente como capital social acionados por indivíduos ou grupos de indivíduos na organização de suas estratégias (COLEMAN, 1990) e na estruturação de seus laços interindividuais (GRANOVETTER, 1983).

culturais) são fatos sociológicos “totais” que não emergem naturalmente, mas apenas dentro de uma ordem moral que sempre traz oculta hierarquias de prestígio e de dominação que precisam ser explicitadas (SOUZA, 2003; TAYLOR, 2005; MATTOS, 2006). E o trabalho de invenção da democracia é justamente o de tornar explícitos tais critérios hierárquicos com vistas a ampliar a luta por reconhecimento e a formação de esferas públicas democráticas capazes de garantir igualdades complexas, assegurando, como propõe Dewey, princípios integralizadores que articulem a liberdade associativa (DEWEY, 1991, p. 38).

Dito isto, propomos uma definição geral de redes sociais que não se limite a uma compreensão restritiva de redes como meros instrumentos de análise estrutural ou como recurso de metodologias quantitativas fundadas tradicionalmente nas teorias dos gráficos e da álgebra linear (MERCKLÉ, 2004, p. 22-23). Propomos, diferentemente, o entendimento das redes como sistemas de trocas formados por fluxos incessantes de dons, de bens materiais e simbólicos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades. Esses sistemas se apóiam em recursos existentes em cada sociedade e em cada indivíduo, e que se reproduzem a partir destes, embora os antecipem, ontologicamente falando. Podemos enumerar, neste sentido, algumas formas sociais que tendem a ganhar visibilidade no ciclo de circulações de bens simbólicos (gestos, ritos, crenças etc.) e materiais (mercadorias, serviços, presentes etc.) na construção da vida social, a saber: a) os LUGARES das pessoas (reconhecimento e visibilidade dos atores participantes da situação social); b) os VALORES que regem as trocas (confiança, gratidão, solidariedade, lealdade); c) os tipos de ACORDOS e PACTOS (alianças, regras, leis, contratos); d) os MEDIADORES COLABORADORES (lideranças carismáticas e/ou sancionadas, autoridades públicas e/ou religiosas e/ou civis, pessoas solidariamente responsáveis com o próximo etc.) que garantem a coesão comunitária; e) o conjunto de INSTITUIÇÕES SOCIAIS (família, direito, política, economia, cultura, religião, saúde etc.) que forma o todo social.

A importância da rede social para se avançar nos estudos sobre a saúde pública e sobre a atenção primária não é uma novidade, como se pode depreender de diversos estudos já realizados a este

respeito (SLUZKI, 1997; MARTINS; FONTES, 2004; LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; MOREIRA, 2006; FLEURY; DUVERNEY, 2007). Do mesmo modo, a importância de se teorizar as redes de usuários vem sendo revelada progressivamente quando se percebe o quanto tal debate pode repercutir na emergência de novos processos participativos e democráticos no interior da esfera pública em saúde e também na revisão das práticas avaliativas. O fato é que os avanços da teoria crítica na saúde vêm colocando novos desafios para os intelectuais comprometidos com a reforma do Estado e com a emancipação da sociedade civil numa ótica associacionista. Entre esses desafios, devem ser assinalados aquele de se contextualizar a teoria das redes sociais para melhor compreensão as motivações e condicionantes das práticas em saúde, e também aquele de favorecer o empoderamento dos usuários, que é uma condição decisiva para que a idéia de participação democrática não permaneça no plano da mera retórica intelectual.

A partir da teoria de redes sociais na perspectiva associacionista, pode-se avançar numa discussão mais efetiva das redes de usuários como categoria explicativa importante para se sair tanto da visão funcionalista como da visão individualista de usuário. O entendimento do usuário pela teoria de redes permite compreender como, na prática da saúde pública, as pessoas nunca estão sozinhas, mas sempre acompanhadas por parentes, amigos, vizinhos e mesmo desconhecidos. Tal fenômeno pode ser observado usualmente nas práticas de solidariedade e de colaboração espontânea nas emergências e ambulatórios de hospitais, e também nas novas redes de apoio que nascem no ambiente hospitalar (MOREIRA, 2006). A idéia de rede de usuário parece-nos estratégica para uma compreensão polivalente e integralizada do espaço público na saúde, que não se restrinja à visão tradicional do usuário como mero consumidor individual de serviços estatais ou como mera função numérica do planejamento oficial e das pesquisas estatísticas.

A idéia de rede de usuários na perspectiva aqui adotada permite entender que são limitantes tanto os esforços de se identificar o usuário com o indivíduo isoladamente considerado – embora este seja uma expressão do usuário – como de reduzir as ações de saúde a meras intervenções técnicas realizadas pelos profissionais de saúde

sobre as populações atendidas. Repensar o usuário como rede de significações diversificadas e compartilhadas pressupõe, igualmente, redefinir a saúde como fenômeno social e cultural que não pode ser restrito à compreensão substantivista fornecida pelos indicadores epidemiológicos. Há que se considerar que a saúde constitui, sobretudo, um valor central na realização integralizada dos cuidados (PINHEIRO; ARAÚJO, 2001), sendo ela produzida entre o sistema de saúde organizado e o mundo da vida, onde tem lugar a experiência direta dos cuidados.

Difícilmente podemos entender a amplitude teórica e política da idéia de saúde como valor se não focarmos suas dimensões sociais, políticas e morais. Estas apenas emergem no quadro analítico quando compreendemos teoricamente e assumimos politicamente o usuário como sendo o resultado histórico de redes em movimentação que ganham particularidades significantes em contextos sociais e culturais específicos. E entendermos igualmente que o empoderamento do usuário ocorre a partir de lugares diversos de formulação de redes, como são os casos do ator comunitário (quando pensamos nas redes sócio-humanas); do agente de saúde (quando pensamos nas redes sócio-institucionais) e do gestor, do médico e do enfermeiro (quando pensamos nas redes sociotécnicas) (MARTINS; FONTES, 2004).

### As redes de usuários: alguns elementos identificadores

O entendimento das redes de usuários constitui um passo importante no avanço de uma sociologia fenomenológica na saúde, devendo seu entendimento ser aprofundado para dar conta de desafios práticos encontrados pelos pesquisadores, gestores e agentes comprometidos com os avanços da saúde coletiva. Tal aprofundamento passa pelo questionamento relativo às condições e motivos que explicam o funcionamento e/ou desfuncionamento das redes associativas e de solidariedade. Por que algumas famílias, grupos e comunidades conseguem produzir vínculos associativos mesmo sob condições precárias e outros tantos se vêem levados passivamente pela fragmentação societária, pela dissociação afetiva e pela apatia política, mesmo tendo melhores condições financeiras e patrimoniais?

Este é um fato inevitável observado quando se faz pesquisa de

campo. E a naturalização desta observação empírica superficial leva muitos pesquisadores a se perguntarem se o egoísmo seria próprio do ser humano, como o fizeram filósofos utilitaristas ingleses como J. S. Mill e J. Bentham (CAILLÉ, 1989). Mas se concordarmos com Marcel Mauss, para quem o próprio do ser humano é a vida em sociedade produzida mediante trocas de bens que tendem a se constituir em regras tripartites denominadas de dom (dar, receber e retribuir), somos levados a concluir que existe o indivíduo isolado no mundo, como sugerem as teorias utilitaristas. Então nossa discussão se coloca em outro plano: o de saber o que leva os indivíduos a produzirem às vezes a guerra, às vezes a paz (MAUSS, 2003). Ou seja, se estamos obrigados a viver em coletividade mediante regras comuns e práticas de reciprocidade, o que nos motiva a fazer dádivas positivas e criar associações ou, no lado contrário, a fazer dádivas negativas e gerar o desentendimento e a inimizade?

Mauss, no seu célebre *Ensaio sobre o dom*, já chamava a atenção sobre a força do utilitarismo para o surgimento das representações do individualismo e dos valores egoístas e mesquinhos (representações que continuam a ter uma natureza sociológica, apesar de conterem um discurso que nega a natureza social do indivíduo). Semelhante crença produzida pelo pensamento utilitarista atualizado pelo neoliberalismo explica inclusive a dissociação das redes comunitárias tradicionais e o surgimento em grande escala de uma violência institucional e de uma insegurança coletiva generalizada<sup>11</sup>. O caráter destrutivo da ideologia neoliberal e mercantilista sobre as redes associativas é um fato reconhecido por grande parte da intelectualidade. Isto não é mais um grande problema teórico. O desafio atual pode ser sintetizado na seguinte pergunta: como é possível se reverter o processo de dissolução da vida social em

<sup>11</sup> Há uma vasta discussão teórica sobre o utilitarismo presente na literatura recente sobre a dádiva e sobre a economia solidária que já é de domínio do grande público. O movimento M.A.U.S.S. (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais) foi criado com o propósito de se constituir numa reação intelectual crítica contra o utilitarismo mercantilista e a favor da revalorização do movimento associacionista. Nosso texto sobre os dez anos de difusão do MAUSS no Brasil, intitulado “De Lévi-Strauss a MAUSS: itinerários do dom” (MARTINS, 2008) constitui um balanço explicativo para os que desejam se aprofundar nesta discussão.

curso sob impulso de tal ideologia – que tem na mídia e na propaganda paga instrumentos centrais para o controle ideológico –, em favor da reorganização das práticas associativas e de solidariedade coletiva? Que mecanismos invisíveis no interior das redes primárias, como aquelas da família e da vizinhança, ou então no interior das redes secundárias, como das corporações profissionais e estatais, impedem que o impulso associativo, que nos revelou Mauss com a discussão sobre o dom, possa emergir a favor do vínculo social?

Aqui, cremos que estamos em um campo merecedor de maior aprofundamento e que não oferece resposta simples. A associação da teoria da rede social a outras teorias, como a da integralidade ou a dos itinerários terapêuticos, resulta necessariamente na ampliação da abordagem fenomenológica na saúde, permitindo um conhecimento mais adequado dos cotidianos nos quais se inscreve a ação pública e colocando novos desafios para a avaliação. Iniciativas teóricas e práticas nesta direção vêm sendo formuladas pelos setores mais avançados da saúde coletiva no Brasil, como podemos exemplificar pelas pesquisas sobre integralidade conduzidas pelo LAPPIS-UERJ e por sua rede de instituições e pesquisadores associados<sup>12</sup>. A teoria da integralidade – que no nosso entender pode ser também concebida como uma fenomenologia da prática – tende a ser enriquecida com os aportes fornecidos pela teoria interativa de redes sociais, em particular das redes de usuários. O fundamental nessas novas abordagens é reconhecer que os usuários apenas podem adquirir a função de promotores dos cuidados em saúde, desde que sejam vistos como elementos de redes intersubjetivas e significantes que impactam necessariamente na organização dos itinerários terapêuticos e das trajetórias assistenciais e sociais. Há uma consciência prática embutida no funcionamento das redes de usuários que tende a delimitar a lógica de funcionamento do conjunto no bom e no mau sentido. E os membros da rede apenas ganham liberdade para redirecionar esta lógica de rede, desde que sejam

capazes de construir uma consciência discursiva que se sobreponha à consciência prática, refazendo, por conseguinte, os itinerários e estratégias no interior da esfera pública em saúde.

As redes de usuários são sistemas de trocas e de reciprocidades que obrigam e/ou liberam as pessoas envolvidas mediante ações bipolares de cidadania na esfera pública. Tais ações bipolares conhecem fluxos de aproximação (acordos – paz) e de distanciamento (conflitos – guerra), sendo identificadas mais facilmente mediante os problemas que impedem a circulação espontânea dos dons e contra-dons. Tais redes podem ser visíveis ou invisíveis segundo o nível de consciência dos usuários com relação ao seu grau de dependência social e sistêmica. Elas são visíveis quando as pessoas articulam reflexivamente a consciência discursiva à consciência prática, entendendo que a trama da autonomia individual tem forte conotação moral, como percebeu Durkheim (1997), dependendo diretamente do modo como o indivíduo se posiciona no interior das diversas redes sociais de que faz parte. Esta implicação voluntária com os temas coletivos leva o usuário a tomar iniciativas voluntárias de reorganização dos mecanismos de pertencimento, tanto na vida privada como na esfera pública e no mundo do trabalho. Tais redes são invisíveis quando as pessoas não articulam coerentemente a consciência discursiva e a consciência prática, tendo pouca autonomia para exercer sua individualidade dentro das redes nas quais está envolvido nos diversos planos institucionais.

As redes de usuários, quanto à sua natureza, podem ser de dois tipos: a) epidemiológicas – quando articulam usuários a partir de significações biomédicas dadas pela doença compartilhadas (diabéticos, hipertensos etc.); b) culturais – quando articulam usuários a partir de significações culturais compartilhadas (grávidas, idosos, jovens, homens, mulheres etc.). De um ponto de vista teórico mais amplo, esta divisão não existe na medida em que todas as classificações são construções culturais e produto da linguagem simbólica. Mas, do ponto de vista restrito, esta divisão tem um caráter didático, no sentido de que permite melhor entender as motivações do usuário quando se defronta com o desafio de monitorar seus cuidados com a saúde.

As redes de usuários podem ser mapeadas mediante técnicas de observação da rede em ação, MEDI-AÇÃO, como: entrevistas em profundidade com lideranças-chave, pesquisa participante e grupos

<sup>12</sup> O livro organizado por Roseni Pinheiro e Ruben Mattos, intitulado *Razões públicas e integralidade em saúde o cuidado como valor* (2007) reúne uma série de textos muito interessantes para se repensar as representações, compreensões e práticas dos usuários nesta perspectiva processual.

focais. O importante não é a técnica em si mesma, mas o uso adequado da metodologia de rede numa perspectiva fenomenológico-constructivista e interacionista. Ou seja, é necessário que o pesquisador se posicione teoricamente no sentido de entender os sistemas de relacionamento, os acordos e desacordos ou os conflitos e pactos intersubjetivos para além das ilusões sugeridas pelo individualismo e pelo sistemismo estruturalista, construindo caminhos, métodos e técnicas adequadas para o levantamento de informações sobre as redes de mediação que não estão disponíveis para o observador desatento.

O uso do método de grupos focais às situações de rede oferece perspectivas interessantes na medida em que este método foi pensado para se trabalhar grupos limitados que se relacionam a partir de características identitárias compartilhadas. Mas a adaptação deste método a uma abordagem fenomenológico-constructivista e interativa de rede exige que o pesquisador ponha sua atenção sobre a circulação de dons e de contra-dons, de bens materiais e simbólicos presentes nas discursividades e nas práticas sociais dos entrevistados mas também nas suas expressividades (gestos, humores, ritmos etc.). No caso do uso de técnica de grupos focais para análise do fenômeno de redes, há de se utilizar instrumentos visuais para se detectar dois tipos de situações: a) os problemas gerais vistos na perspectiva da comunidade; b) os problemas da rede vistos na perspectiva da pessoa entrevistada e da situação social específica na qual ela está envolvida.

### Redes, usuários e determinantes sociais

Na perspectiva instrumental de redes, o usuário é um dado estatístico e, naquela individualista, o usuário é um agenciador autônomo de estratégias autocentradas que desconhece o próprio agenciamento que a sociedade exerce sobre ele como indivíduo. Na perspectiva fenomenológica e interativa de redes (MARTINS, 2004), o usuário apenas se manifesta concretamente como categoria sociológica a partir das obrigações intersubjetivas e recíprocas, ou melhor, de mediações sociais e culturais inscritas na sua condição de pessoa e que extrapolam esta condição para englobar o sistema comunitário e a cena institucional onde se desenha a luta por reconhecimento público. O usuário, nesta terceira abordagem, é a síntese de um processo político e cultural produzido num campo de forças

sociais no qual se posiciona, de um lado, a ação intervencionista do Estado voltado para a proteção social e, de outro, a sociedade civil, que reage a estas ações assistencialistas e organizadoras do trabalho e da esfera pública.

A instituição imaginária e social do usuário depende dos resultados dessas correlações de força. Quando a força do Estado é maior que a da sociedade civil, há tendência para se construir uma visão instrumental do usuário; quando o utilitarismo mercantil impregna os espaços gestionários e comunitários, presencia-se, como se percebe no momento presente, a dominância de uma visão individualista do usuário; enfim, quando a prática associativa e os mecanismos de pertencimento em rede funcionam adequadamente na vida local, as negociações e acordos tendem a valorizar uma visão mais cidadã e democrata do usuário. Nesta última ótica, logo, o usuário é simultânea e obrigatoriamente sujeito e objeto da ação social em rede, ele é delimitado pela cena institucional onde está inscrita sua trajetória inicial e ele reinventa esta cena a partir da sua luta por reconhecimento e por sobrevivência.

Nesta perspectiva, a discussão sobre o que seja saúde e sobre os determinantes ou condicionantes<sup>13</sup> de organização do bem-estar do usuário depende do modo como as mobilizações associativas, por um lado, e os interesses corporativos e utilitaristas, por outro, interferem na organização da esfera pública. A organização dos indicadores que condicionam a ação do usuário é resultado da correlação de forças dominantes que pode se diferenciar de uma situação para

<sup>13</sup> Tradicionalmente, a expressão *determinantes sociais* tem uma clara influência epidemiológica, refletindo a preocupação do planejador com os fatores de risco, como por exemplo, aqueles de caráter biológico – como índices de mortalidade, de nascimento, de infecção etc. – ou de caráter institucional – como as taxas de alfabetização, serviços de esgoto, condições de moradia entre outros que interferem nos resultados estatísticos da saúde nacional e que orientam as intervenções planejadas do Estado sobre a sociedade civil. Mas tal expressão precisa ser questionada a partir da seguinte pergunta: quem tem autoridade legítima para definir o que seja o termo *determinante social*? Os epidemiólogos tendem a valorizar as categorias funcionais elaboradas por planejadores das grandes organizações como Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. Mas são tais técnicos realmente detentores da verdade dos determinantes sociais? A esta pergunta respondemos negativamente quando nos colocamos no lugar do usuário, independentemente de ele estar consciente de como organiza sua cidadania e seus cuidados.

outra e até mesmo de um distrito sanitário para outro, se tomarmos o caso da saúde. Quando quem “fala” sobre o que são determinantes em saúde são os planejadores e estrategistas, há uma tendência a se enfatizar indicadores abstratos, aqueles condicionantes institucionais gerais, como educação, meio ambiente, trabalho, habitação, renda, entre outros. No lado contrário, quando quem “fala” sobre o que são determinantes em saúde são os atores comunitários e suas redes familiares e associativas, há uma tendência a se ressaltar indicadores concretos ligados a experiências religiosas, memórias de automedicação ou de visitas hospitalares, conselhos de pessoas de confiança (familiares, amigos etc.). No primeiro caso, os condicionantes do cotidiano são minimizados em favor de uma consciência discursiva utilitarista e tecnocrática. No segundo, os condicionantes abstratos são revistos pelo ator social mediante sua consciência prática e mundana e a favor da organização dos itinerários terapêuticos.

Em outras palavras, pode-se dizer que no plano macrosociológico – usualmente valorizado pelos epidemiólogos e por observadores externos às práticas diretas da saúde –, o usuário é *condicionado* por dispositivos sociais, como renda, trabalho, educação, habitação, segurança, epidemias, entre outros. Ao contrário, no plano microsociológico – valorizado pelos que entendem a significação da experiência vivida na organização dos cuidados – ele é *co-partícipe* na produção de determinantes sociais. Neste caso, as injunções produzidas pelas crenças e vivências construídas no seio da família, dos vizinhos, do trabalho, da igreja, da política, da cultura, do sistema de saúde, entre outros, são revalorizadas pelos usuários a partir de suas trajetórias de vida. Aqui, pode-se observar que o usuário refaz sua prática a partir da tomada de consciência de sua condição de existência pessoal e de sua posição como mediador de diversos planos de interatividade, mais conhecidos como *redes sociais*.

Se considerarmos, diferentemente, o modo concreto de produção das sociabilidades em saúde, constatamos que esta classificação bipolar – determinação microsociológica e determinação macrosociológica – é uma apresentação simplificada, não sendo evidente para os atores sociais e institucionais envolvidos. No plano da vida cotidiana, o usuário está sempre reinventando seus itinerários terapêuticos, a partir dos desafios que se apresentam em cada momento de organização da

saúde e, também, a partir de suas redes de inserção que são sociais e simbólicas<sup>14</sup>. Isto é, as redes de usuários em saúde não são formadas somente de indivíduos mas, sobretudo, do conjunto de objetos visíveis (medicamentos, dinheiro, alimentação etc.) ou invisíveis (crenças, símbolos, mitos etc.) que contribuem para se criar os sistemas de trocas e a circulação de dons. No trabalho de constituição de redes sociais, produzem-se e trocam-se significações sobre a vida e a morte, sobre a doença e a saúde. E tais significações se tornam redes semânticas importantes, como observou B. Good, ao discutir especificamente as redes de significação da doença (GOOD; DELVECHIO-GOOD, 1980). A rede semântica da doença pode ser definida como o “conjunto de conceitos e símbolos que se encontram associado à doença e lhe conferem sentido” (GOOD; DELVECHIO-GOOD, 1980, p.165-96). Tal tipo de rede permite entender que o discurso coletivo sobre a saúde não é nem pode ser uma cópia do discurso médico que se funda na enumeração de sintomas e fenômenos orgânicos. Ao contrário, os sintomas, as disfunções organizam-se em doença à medida que eles provocam alterações na vida do doente e em sua identidade social.

A rede semântica da doença revela que os usuários do sistema de saúde se articulam a partir de classificações e hierarquias simbólicas e morais construídas no plano das relações intersubjetivas. Noções como a de doença, saúde, cuidados, determinantes entre outros são formulados a partir de um conjunto amplo de redes de significações presentes no plano dos usuários, mas igualmente dos gestores do serviço público e dos agentes de saúde, que são o centro de uma luta intensa de significações que pressionam por emergir na cena institucional. É de se considerar que em cada nível de organização de ações de reciprocidade, espontâneas ou estimuladas, os atores

<sup>14</sup> É importante compreender que as redes sociais aparecem como redes de significação antes mesmo de aparecerem como meios de articulação objetiva de atores e instituições sociais. Ou seja, é importante considerar que as redes sociais se formam em diversos níveis de interatividade e de reciprocidade, incluindo tanto o serviço hierárquico e normatizado como as dimensões intersubjetivas das práticas humanas no seio da família. Há de se compreender que os hábitos e mecanismos de reciprocidade que se estabelecem nos diversos níveis assinalados formam redes de significações ou semânticas que definem a autonomia do usuário e a possibilidade do sistema de saúde organizado de intervir nas práticas de saúde.

envolvidos organizam seus discursos, crenças e práticas sobre a relação entre saúde e doença a partir dos seus contextos profissionais, culturais, sociais e existenciais.

Este debate mais amplo sobre as implicações lingüísticas das redes sociais pode e deve ser aprofundado sociologicamente para favorecer o entendimento teórico e prático das redes de usuários que se formam a partir da mobilização da sociedade civil em resposta às mudanças da política e das ações públicas. Ele deve ser aprofundado igualmente devido à necessidade de entendermos mais claramente as perspectivas de reforma do Estado no Brasil, via o setor saúde. Pois os processos em curso de descentralização e de desterritorialização na saúde (LUZ, 2001) são decisivos para se pensar as novas solidariedades e atividades em saúde que surgem na vida local e que precisam ser objeto de novos mecanismos de proteção social.

O caráter falacioso da expressão *determinantes sociais* leva alguns pesquisadores a evitá-lo, o que traz prejuízos para o debate interdisciplinar e interinstitucional e para a compreensão das redes de significação que envolvem a saúde e a doença<sup>15</sup>. Nesta perspectiva de rede, a separação entre saúde e determinantes sociais é uma abstração que pode ser dissolvida quando se observa que: a) os determinantes sociais não são fatores exógenos à saúde, mas fatores internos, pois a saúde apenas se define a partir de uma série de indicadores e noções objetivas e subjetivas, gerais e particulares, que configuram o que é saúde para diferentes sociedades. Ou seja, não há uma única definição de saúde – visão substantiva –, mas várias definições dadas pelo contexto sociocultural e histórico, de modo geral, e pelas redes de

<sup>15</sup> Evitar o debate não nos parece uma boa saída para se avançar na compreensão dos novos sentidos da saúde quando a ação pública se aproxima do cotidiano. O termo *determinantes sociais* é importante por realçar a pluralidade de motivos que interferem na organização da saúde pública, realçando as conexões existentes entre fatores políticos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e ambientais. Mas esta compreensão é claramente restritiva na medida em que a expressão *determinantes sociais em saúde* sugere problematicamente estar a saúde de um lado e seus determinantes (sociais e também culturais, políticos, econômicos, psíquicos e ambientais) de outro. Esta ambigüidade conceitual coloca de imediato dois problemas: a) um problema teórico: de que saúde estamos falando? A saúde tem a ver com a sociedade? Ou a saúde é um fenômeno biológico existente fora da sociedade?; b) um problema político: como esta noção ambígua de determinantes sociais pode responder às exigências de indicadores qualitativos exigidos pelo paradigma da promoção na saúde?

significações locais que permitem organizar os atores e as ações sociais no cotidiano, de modo particular; b) a idéia de determinantes sociais não se mantém quando isolamos a palavra *saúde* de sua rede semântica, isto é, das narrativas e práticas nas quais têm lugar a aprendizagem da cidadania na saúde e a reflexividade do observador.

No fundo, o resgate do debate sobre determinantes sociais na saúde pode responder ao desafio posto por Pinheiro, sobre a importância de articulações teórico-práticas “capazes de refletir sobre a necessária reintegração do agir e pensar na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2007, p. 15). Cremos, de fato, que os avanços no debate sobre cuidado não podem ser feitos sobre omissões mas sobre tais articulações que tragam à luz da ciência os conceitos e categorias de análises mas, também, as intenções e sentimentos dos que pensam e agem no campo da saúde.

### Os mediadores colaboradores e o sistema da dádiva

Temos percebido nas nossas pesquisas de campo a importância de se aprofundar uma terceira noção de rede no campo da saúde, a saber, aquela da *rede de usuários mediadores*, de modo a se entender mais claramente os mecanismos de sobrevivência da vida comunitária e social face à fragmentação dos processos associativos e de reorganização desses processos. Ou seja, parece-nos de grande interesse para se aprofundar a compreensão dos impactos dos processos de descentralização e de territorialização das ações em saúde sobre a vida local que as discussões sobre as idéias de participação, de solidariedade e de mobilização passem a integrar uma visão não apenas sobre a produção das redes mas igualmente da reprodução das redes. A ênfase sobre este segundo ponto coloca de imediato o desafio de saber quem articula os indivíduos em rede, quem mobiliza os recursos em favor da reprodução do sistema comunitário ou social. Nesta ótica, as discussões sobre as redes de mediação que se formam no interior das redes formadas pelo usuário são importantes para se compreender a saúde num plano dialético e histórico e para se identificar aquelas pessoas que agenciam a vivência comunitária e social.

As redes de mediadores apareceram progressivamente para nós como uma resposta a problemas práticos observados no desenvolvimento de pesquisas em saúde, em particular a constatação de altos

níveis de fragmentação social e de esgarçamento da solidariedade coletiva, tanto na esfera sociedade civil como da esfera pública em si, onde ocorrem as ações sociais organizadas. Nos limites do que nos propomos neste texto e do que nos sugerem nossas pesquisas de campo com usuários, concluímos que os agentes de mediação existem organicamente no interior dos processos sociais e institucionais, organizando as práticas associativas apesar das pressões sociais e culturais desorganizativas e dissolvendo as pressões excessivamente desagregadoras.

No nosso entender, as figuras de mediadores e as redes de mediação que vinculam tais mediadores deveriam ser objetos de maior atenção por parte dos pesquisadores e formuladores de políticas públicas, por constituírem elos importantes para a manutenção e reprodução das memórias coletivas, dos mecanismos de socialização e de reprodução da vida social. Quando tais mediadores desaparecem, ocorre um processo de fragmentação social de conseqüências imprevisíveis. Observamos tal processo corrosivo numa pesquisa com grupos focais numa área do IV Distrito de Saúde da cidade do Recife, onde a maior parte dos indivíduos do sexo masculino estava desempregada. O que ficou evidente nesta pesquisa (MARTINS, 2007) é que existe uma correlação direta entre a perda do emprego da figura masculina, de um lado, e o aumento da violência doméstica, por outro. Tal situação social tem impacto direto sobre os adolescentes do sexo masculino. Não mais reconhecendo no pai biológico um exemplo de vida, vão buscar na rua, nos colegas e mesmo nos traficantes, refúgio e apoio nos seus processos de socialização.

Este e outros exemplos nos confirmam a urgência de se identificar e apoiar os mediadores existentes mediante ações públicas consistentes e integradas de modo a se buscar reverter a situação de fragmentação societária. Nesta direção, por mais interessante que seja a discussão sociológica sobre a apatia, o fato é que a vida social não pode surgir a partir dos apáticos, mas do trabalho dos que têm compromissos com o coletivo, com o Outro, seja na família, na rua ou na vida política. Os avanços na saúde coletiva e na discussão mais geral sobre cidadania participativa têm que considerar o quadro real de motivações morais, psíquicas e culturais e os mecanismos pelos quais o sistema societário, em geral, e os subsistemas societários, que

denominamos mais comumente de redes de solidariedade, em particular, estão se reproduzindo.

Há alguns estudos pioneiros sobre os mediadores, como o de Victor Vincent Valla (2002), que se debruçou sobre o papel dos intelectuais orgânicos na relação entre religião e saúde nas classes populares. Para ele, há uma disputa por saberes competentes que ocorre entre os detentores de saberes especializados e os de saberes práticos na linha crítica colocada pelo pensamento pós-estruturalista e pelos simpatizantes da sociologia fenomenológica. Afirma ele haver “uma crise de compreensão dos mediadores e intelectuais com relação ao falar e ao fazer das classes populares” (VALLA, 2002, p. 6). Esta abordagem da mediação<sup>16</sup> interessa por chamar a atenção sobre a velha questão da sociologia fenomenológica: a de um saber simples e prático que não pode ser confundido nem submetido ao saber especializado, pois há na sociologia do “homem simples”, como propõe José de Sousa Martins (2001), uma sabedoria decisiva para a vida social. Em suma, tal abordagem constitui um meio importante para se pensar a democratização da esfera pública em saúde e o papel de instâncias consultivas e deliberativas, como os conselhos, os fóruns, as assembléias e as conferências de saúde.

Uma outra abordagem que deve ser considerada é a desenvolvida por Aécio Matos sobre os “organizadores sociais”, a partir do aporte da psicanálise, pela qual se supõe que nos processos inconscientes dos grupos sociais alguns membros servem a outros como referenciais identificatórios e como suporte projetivo. Ao analisar os problemas de assentamento no mundo rural, Matos identifica tipos diversos de organizadores sociais com funções particulares (instrumentais, simbólicas e políticas), atuando em níveis diversos da vida

<sup>16</sup> No mesmo texto, o autor propõe que uma saída para a crise de interpretação que conhecem os “mediadores” (professores, pesquisadores, educadores etc.) com relação ao popular, seria a adoção da idéia de “apoio social”, pela qual o mediador poderia ampliar sua escuta sobre o sofrimento coletivo e sobre o valor das emoções. Em outro texto, ao se debruçarem sobre o tema da homeopatia, Valla, Guimarães e Lacerda (2004) concluem que, por meio de atividades e grupos de apoio social, é possível reforçar a auto-estima, a confiança e o cuidado integral. Aliás, a dissertação de Alda Lacerda, intitulada *Apoio Social e a Concepção do Sujeito na sua integração entre Corpo-Mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública* (ENSP-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002) constitui um trabalho pioneiro de divulgação dos estudos sobre redes de apoio social.

da comunidade, como aqueles políticos, religiosos, econômicos, históricos entre outros (MATOS, 2004, p. 126). O entendimento dos mediadores pela teoria dos organizadores sociais parece-nos igualmente interessante, sobretudo para se compreender os mecanismos inconscientes de mobilização, de socialização e de formação de lideranças. Cremos ser necessário aprofundar a discussão sobre mediadores, incorporando essas proposições sobre o papel cultural e a função organizativa do intelectual para o imaginário coletivo, como propõem os autores acima, dando ênfase particular a suas participações como mediadores de conflitos e de acordos.

O que, todavia, parece-nos decisivo nos mediadores colaboradores não são suas funções como intelectuais na mediação de saberes ou na organização do imaginário grupal. Sem desconhecer tais funções, no caso do mediador colaborador aqui tratado, temos em vista principalmente aqueles indivíduos que são elos de redes por distribuírem solidariedades sem interesse de ganho pessoal. São indivíduos que se vestem da consciência coletiva para exercerem seus papéis de reguladores de conflitos ou de multiplicadores de ações comunitárias e associativas. São indivíduos – homens e mulheres – que vivem sistemas de dádivas e de reciprocidade movidos por motivos não utilitários ligados a solidariedade, amizade ou a uma consciência ecossocial mais ampla.

Os efeitos propriamente políticos e culturais das redes de mediadores colaboradores sobre as ações em saúde e sobre as práticas de cidadania dos comunitários ficam claros ao se entender que as alianças se produzem mediante a circulação de dádivas entre os envolvidos, nas redes de pertencimento na comunidade e no conjunto da sociedade. Os mediadores são recursos inerentes às redes no gerenciamento de conflitos, na negociação de acordos, na criação de novas possibilidades e na liderança de processos grupais e coletivos. Suas presenças se fazem visíveis em diversos planos de organização institucional das sociabilidades, desde os de vínculos primários como a família até os dos vínculos funcionais, como aqueles que têm lugar no interior de uma unidade de saúde.

Em termos amplos, podem-se conceber tais mediadores como lideranças apropriadas que surgem, de modo conjuntural ou estrutural, para nutrir as sociabilidades em diversos níveis da existência

social e sistêmica dos usuários em rede. O mediador é um elo, se pensamos numa perspectiva funcional, mas é muito mais que isso: ele é, em geral, aquele indivíduo que tem um registro mais amplo das memórias e fundamentos morais das práticas familiares, associativas e comunitárias, uma visão crítica apurada da natureza dos conflitos e das soluções adequadas e uma disposição moral para colaborar na organização das alianças. Como localizar o mediador? Ele está em todas as situações onde se gera o social: na família, na vizinhança, na associação do bairro, nos serviços de saúde. A mediação é uma atitude moral e psicológica própria de indivíduos que conquistam a confiança dos próximos – familiares, amigos, vizinhos e colegas – e mesmo dos distantes, por revelarem disposição para colaborar e assumir responsabilidades coletivas, tomando para si encargos que o egoísta típico da cultura capitalista considera espúrio.

Os mediadores podem ter uma atuação mais ampla ou mais restrita em diversos campos da ação política e comunitária como da esfera afetiva, estando sempre presente em situações de mobilização coletiva como luta pelos direitos comunitários, pelo acesso gratuito aos serviços públicos, pelo fornecimento de informações práticas sobre como proceder face a situações difíceis na família ou na comunidade. Existem três tipos de mediadores: a própria pessoa, outras pessoas da rede, pessoas fora da rede sendo convocados a identificar problemas, regular tensões e conduzir acordos em todos os momentos de organização da esfera pública. Porém, no caso de se discutir a esfera pública democrática, há que se fazer atenção sobre mediadores colaboradores com espírito público e associativo declarado.

A compreensão analítica de tais mediadores exige certo desprendimento de espírito do pesquisador, na medida em que tais personagens não preenchem necessariamente o perfil do líder político e/ou comunitário heróico que pretende falar em nome do grupo social mas que, no fundo, apenas persegue seus próprios interesses egoístas. Pessoas simples, como mães de família, a avó ou a tia amada, o vizinho solidário, o agente de saúde comprometido, o médico atencioso, todos esses personagens podem revelar as presenças luminosas dos mediadores na vida social e comunitária. Por possuírem carisma e estima ou por simplesmente serem solidários e demonstrarem espírito de justiça, tais indivíduos passam a exercer papel de liderança e de

facilitação de processos coletivos, seja no interior da família (as figuras paternas e maternas), da comunidade (o líder comunitário solidariamente ativo, a vizinha que guarda as crianças das mulheres que trabalham etc.) ou da atividade pública (o agente de saúde que assume sua atividade profissional com compromisso e responsabilidade, ou mesmo o médico ou enfermeiro implicados efetiva – e afetivamente – com a busca de sucesso para o serviço de saúde).

Para concluir este texto, gostaríamos de fixar alguns pontos: a) o usuário não é uma categoria uniforme, mas relacional, como aquela de pobreza, trabalhada por Simmel. Sua instituição imaginária e social depende da correlação de forças envolvendo atores comunitários, agentes de saúde, gestores e estrategistas; o entendimento do usuário mediante uma teoria relacional de rede como aquela oferecida pelo dom permite se criticar as visões reducionistas dominantes sobre o usuário do serviço público; b) o usuário dos serviços de saúde no Brasil vem-se constituindo mediante associações públicas híbridas que podem se tornar esferas públicas democráticas. As direções de tal processo dependem de uma série de fatores, entre os quais deve-se ressaltar a valorização do usuário como identificador privilegiado de seus determinantes em saúde tanto nos plano micro como macrosociológico; c) as redes de usuários dos serviços públicos são geridas e reproduzidas por mediadores colaboradores que formam redes muitas vezes invisíveis que denominamos de *redes de usuários mediadores*. Os mediadores são indivíduos que, tendo consciência da sua inserção em redes de pertencimento múltiplas, desenvolvem uma consciência coletiva e colaborativa supra-individual sendo, por consequência, um produtor social de solidariedades. Muitas vezes ele pode aparecer como intelectual orgânico ou como organizador social, mas sua função central é de gerir as estruturas simbólicas e relacionais do sistema comunitário e societal.

## Referências

- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- CAILLÉ, A. *Critique de la raison utilitaire*: Manifeste du MAUSS. Paris: La Découverte, 1989.
- \_\_\_\_\_. A sociedade mundial no horizonte In MARTINS, P. H.; NUNES, B. F. (Orgs.). *A nova ordem social*: perspectivas da solidariedade contemporânea. Brasília: Paralelo 15 Editores, 2004.
- \_\_\_\_\_. Reconhecimento e sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, 2008.
- COLEMAN, J. S. *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
- DERRIDA, J. *L'écriture et la différence*. Paris: Seuil, 1967.
- DEWEY, J. *The public and its problems*. Athens: Ohio University Press, 1991.
- DURKHEIM, E. *Leçons de sociologie*. Paris: PUF, 1997.
- FLEURY, S.; DUVERNEY, A. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- GODBOUT, J. *Ce qui circule entre nous*. Paris: Seuil, 2007.
- GOOD, B.; DELVECHIO-GOOD, M-J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for medical practice In: EISENBERG, L.; KLEINMANN, A. (Orgs.). *The relevance of social science for medicine*. Boston: D. Reidel, 1980.
- GRANOVETTER, M. The strength of weak ties: a network theory revisited. *Sociological theory*, v. 1, p. 201-233, 1983.
- IVO, A. B. *Sociologia, modernidade e questão social*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, Recife, 2008.
- 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 (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
- LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Espaços públicos e saúde: a dívida como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. (Orgs.). *Polifonia do dom*. Recife: EdUFPE, 2006. p. 311-331.
- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 17-38.
- MARTINS, J. S. *A sociabilidade do homem simples*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- MARTINS, P. H. *As redes sociais, o sistema da dívida e o paradoxo sociológico*. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. (Orgs.). *Polifonia do dom*. Recife: EdUFPE, 2006.
- MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: EdUFPE, 2004.
- \_\_\_\_\_. Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 335-356.
- \_\_\_\_\_. Cidadania. In: CATTANI, A. D. et al. (Orgs.). *Dicionário internacional da outra economia*. Coimbra: Almedina, 2008a.
- \_\_\_\_\_. De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais): Itinerários do dom. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, 2008b.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Orgs.). *Redes sociais e saúde*. novas possibilidades teóricas. Recife: EdUFPE, 2004.

MATOS, A. Organizadores sociais: algumas referências conceituais para a análise das organizações sociais. *Revista Estudos de Sociologia do PPGS*, v. 10, n. 1-2, p. 123-153, 2004.

MATTOS, P. *A sociologia política do reconhecimento*: as contribuições de Charles Taylor, Axel Honneth e Nancy Frazer. São Paulo: AnnaBlume, 2006.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

MERCKLÉ, P. *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris: La Découverte, 2004.

MOREIRA, M. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. (Orgs.). *Polifonia do dom*. Recife: EdUFPE, 2006. p.285-310.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação de construção de práticas eficazes de integralidade em saúde In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 15-28.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

SIMMEL, G. *Les pauvres*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

SIMMEL, G. *Sobre la individualidad y las formas sociales: escritos escogidos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmas, 2002.

SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica*: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, J. *A construção social da subcidadania*: para uma sociologia política da modernização seletiva. Belo Horizonte: EdUFMG, 2003.

TAYLOR, C. *Argumentos filosóficos*, São Paulo: Loyola, 2000.

\_\_\_\_\_. *As fontes do self: a construção social da identidade moderna*. São Paulo: Loyola, 2005.

VALLA, V. V. Mediadores, saúde e religião. *Cultura Vozes. Educação popular: democracia é participação*, v. 96, n. 5, p. 5-16, 2002.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 103-117.

## **Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde**

TATIANA ENGEL GERHARDT

DEISE LISBOA RIQUELMO

ADRIANA ROTOLI

### **Introdução**

É possível considerar a escolha do usuário na redefinição das ações de saúde? Partindo desta questão desafiadora, pensamos que não somente é possível, como amplamente necessário e desejável. Se pensarmos no cuidado em saúde como uma prática não normativa, mas de inter-relação e intersubjetividades, a questão que se coloca é se seria possível não considerar a escolha dos usuários na redefinição das ações em saúde. O problema é que não se considera a escolha do usuário porque o conceito de cuidado que permeia as ações de gestores, profissionais de saúde e a formação se restringe a práticas assistenciais biologicistas sem levar em conta as implicações sociais destas práticas.

Embora o cuidado, palavra tão cara aos profissionais que buscam efetuar práticas integrais, no cotidiano dos serviços e da formação, ainda é um desafio olhar para o outro (usuário do serviço de saúde) com alteridade ou empatia. Os limites das ações em saúde evidenciados por muitos estudos e pelo cotidiano do serviço têm desencadeado movimentos de reconhecimento da complexidade humana, haja vista a valorização das dimensões subjetivas. Entende-se que todo sujeito, além de ser constituído por ossos, músculos, células nervosas etc., sofre influência do meio em que vive, o qual mediará seu modo de vida e suas escolhas. O ato de cuidar pressupõe o envolvimento coletivo, a pessoa que cuida e o que é cuidado, no mínimo duas pessoas, mas não se deve excluir o ser cuidado da sua família, dos amigos – enfim da comunidade em que

vive. Então, os profissionais de saúde não cuidam somente de um sujeito, mas de sua vida de relação, e como fazem isso?

O cuidado ocorre na interação profissional-paciente, gestor-usuário, formulador de política pública-habitantes de uma região ou país. No entanto, a qualidade desse cuidado poderá ser boa ou não, basear-se na escuta ativa que busca conhecer aquele sujeito ao qual destinamos as ações ou ser verticalizadas, baseada numa escuta passiva e desinteressada. O fato é que o cuidado é produzido, essas relações não são assépticas, mas qual sua qualidade? Qual seu efeito sobre a pessoa que é atendida e sua vida de relação?

Dessa forma, o cuidado envolve, inter-relaciona as dimensões objetivas e as subjetivas. Identificam-se as dimensões objetivas no biológico, por meio da doença, seus sintomas, no exame físico ou laboratorial, assim como nas condições materiais traduzidas em condições de vida, familiares e comunitárias. As dimensões subjetivas são experiências, percepções e representações sociais que as pessoas construíram individual ou coletivamente, são produtos da interação entre o social e cultural.

No entanto, essa situação não é estática, o material é modelado pelo imaterial e vice-versa, num sistema circular; a reprodução física, biológica é representada pelo material, o qual se relaciona com o imaterial por meio das representações, valores e relações sociais (RAYNAUT, 2006). Portanto, tal interação é visualizada a partir da constatação das condições de vida de um indivíduo e da maneira como as representações construídas direcionam suas ações. É o que leva uma pessoa a adquirir um eletrodoméstico, por exemplo, uma geladeira, mesmo que ela passe a maior parte do tempo desligada, por não haver alimentos para guardar no seu interior. Na situação inversa, ao apresentar um problema de saúde (uma dimensão do real), o indivíduo busca explicações para além das científicas, utilizando-se de percepções e conhecimento que dêem sentido a sua experiência, neste caso de adoecimento (RIQUINHO, 2007).

As dimensões sociais, individuais, materiais e imateriais constituem o cuidado, necessitando de compreensão dos aspectos inerentes ao cotidiano do indivíduo, conhecendo e contextualizando suas experiências (GERHARDT, 2007). Segundo a autora, as experiências são construídas nas diversas vivências, relações e interações sociais, desde

familiares, de vizinhança, amicais, com a escola, serviço de saúde, dentre outros, mediadas pela situação social em que estão inseridos, por suas condições e situações de vida. Assim, as relações e interações são construídas socialmente; o cuidado também é o resultado de uma construção social cujo paradigma necessita ser revisto para que ocorram mudanças nas práticas e políticas em saúde.

Nesse sentido, a crise da saúde pública e a exclusão social apontam para a necessidade de novas discussões que permitam compreender a complexidade das formas de cuidado de indivíduos inseridos nos mais variados contextos de vida e sua busca por cuidados em saúde. Observa-se a importância crescente de se conhecer as estratégias utilizadas pela população para a busca de alívio ou cura do sofrimento, estratégias que são certamente influenciadas por fatores mais globais, como os determinantes sociais, fundamentais para manutenção da saúde e da qualidade de vida. Os determinantes sociais compreendem desde fatores que geram a estratificação social, incluindo os fatores tradicionais ligados à renda e à educação, e também os que estão ligados ao gênero, etnicidade e sexualidade. Como também os relacionados às condições de vida e de trabalho, o sistema de saúde e o contexto sociopolítico (CSDH, 2005).

O sistema de saúde é compreendido como determinante intermediário, reunindo as diferenças de exposição e vulnerabilidade relacionadas aos modelos de organização e de fornecimento de serviços de saúde. Nesse sentido, o sistema de saúde pode tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados de saúde, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o *status* da mesma (CSDH, 2005). Entretanto, Silva Jr., Merhy e Carvalho (2003) apontam para as relações conflituosas entre as diferentes forças políticas presentes nos níveis macroestruturais do sistema de saúde. Nesse sentido, o planejamento e a execução de ações precisam ocorrer no plano micropolítico do cotidiano dos serviços de saúde, visando a atender às necessidades em saúde dos usuários.

Desta forma, as reflexões feitas aqui em relação à busca por cuidado e por suas múltiplas dimensões expressam elementos que julgamos importantes de serem explorados enquanto ferramenta avaliativa das ações em saúde. Para desenvolver nossos argumentos,

estruturamos o texto em três partes: 1) serão retomados alguns elementos das dimensões subjetivas dos determinantes sociais e do cuidado; 2) será abordado a rede e o apoio social como ferramenta de enfrentamento dos determinantes sociais; 3) ilustraremos essas relações a partir das práticas terapêuticas e do apoio social de pacientes portadores de câncer.

### **Dimensões subjetivas dos determinantes sociais e suas implicações no cuidado em saúde**

As desigualdades sociais e de saúde representam grande contribuição às disparidades entre os diferentes grupos sociais e podem ser compreendidas como a privação das pessoas em desenvolver suas capacidades de vida e de saúde (CSDH, 2005). Para Graham (2004), as desigualdades em saúde se referem às disparidades sistêmicas de saúde em grupos e comunidades que ocupam diferentes posições na sociedade, sendo observadas nas taxas de mortalidade entre grupos socioeconômicos traduzidos no risco de morte prematura dos indivíduos. Para a autora, os fatores sociais influenciam a saúde, como o padrão habitacional, a influência ambiental e comportamentos relacionados à saúde.

O panorama mundial de desigualdades na distribuição de renda, nas condições de vida e saúde, bem como no acesso a serviços de saúde, inspirou a OMS, na Assembléia Mundial da Saúde, no ano de 2004, a propor a criação de uma comissão para recomendar políticas públicas de saúde e intersetoriais, com vistas a intervenções que melhorem as condições de vida e diminuam as desigualdades entre as pessoas. Para esse fim foi criada, em março de 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) (CSDH, 2005), para a qual esses determinantes são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Os mesmos apontam para as características específicas do contexto social que podem afetar a saúde, bem como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto.

No Brasil, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) foi criada por meio de um Decreto Presidencial, em 13 de março de 2006, com o objetivo de produzir conhecimento sobre os DSS, apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e

a mobilização da sociedade civil para a tomada de consciência e atuação sobre os DSS (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Acredita-se que a união de esforços entre pesquisadores, gestores e sociedade civil seja um importante passo para um conhecimento mais aprofundado das desigualdades vividas pelas pessoas e apontem alternativas para que as mesmas possam ser reduzidas ou remediadas, levando em conta outras variáveis para além das socioeconômicas (RIQUINHO; GERHARDT, 2008). Corroborando a essa idéia, Santos (2006), ao analisar a produção científica sobre desigualdades sociais e de saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciou que o foco se mantém nas dimensões biológicas, desconsiderando a influência dos diversos fatores que agem nas situações de desigualdades e concluiu, reforçando que num processo complexo das desigualdades sociais e de saúde é indispensável que se congreguem variáveis de outros campos do conhecimento, como o da política, do social, ambiental e cultural.

Os encontros e desencontros entre os atores sociais e o sistema de saúde oferecem aos serviços uma posição estratégica na identificação e encaminhamento das disparidades em saúde, mediante sua organização e potencialidade para a articulação intersetorial (RIQUINHO, 2007; GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008). Donabedian (2003) reforça a marcante relação entre desigualdade e serviços de saúde, referindo-se ao acesso aos cuidados, ao que denomina de “acessibilidade”, à facilidade pela qual as pessoas podem obter o cuidado, e isso dependerá de alguns fatores, como os espaciais, organizacionais, econômicos e sociais e culturais. Em relação aos fatores espaciais, encontram-se à distância das fontes de cuidado e na disponibilidade de custo e transporte; eles se referem aos dias e horas em que os serviços de saúde estão abertos para receber os pacientes; os econômicos incluem renda e posse de um plano de saúde; os fatores sociais e culturais relacionam-se à etnia ou preferência religiosa daqueles que procuram cuidados ou de quem os proporciona.

Dessa forma, compreende-se o serviço de saúde como um determinante social com potencial de realmente interferir no processo de desigualdade social e de saúde; no entanto, é preciso proporcionar aos usuários acesso aos mesmos, o que está além da simples entrada do usuário, mas volta-se para a forma como ocorre a

interação de quem busca e quem oferece o cuidado. Acredita-se que, para a compreensão desses determinantes, não basta olhar para a organização da oferta e da demanda sob a ótica dos serviços. É necessário haver a interlocução com os usuários ou os potenciais usuários, por meio do entendimento das práticas terapêuticas que se estruturam a partir dos conceitos de saúde e doença e da construção das necessidades de saúde (RIQUINHO, 2007).

Nesse sentido, a importância de incorporar as dimensões subjetivas para qualificar as desigualdades sociais está na compreensão de que o apoio social colabora no enfrentamento dessas disparidades (NGUYEN; PESCHARD, 2003). As autoras consideram que o apoio social é produzido local e historicamente, revelando-se como um importante fator no enfrentamento de situações de adoecimento, os quais não se restringem apenas ao campo biológico e material; para tanto, tais dimensões precisam ser consideradas para uma ampla análise geopolítica do sistema de saúde.

Da mesma forma, a compreensão das necessidades de saúde deve levar em conta a pluralidade dos espaços nos quais as pessoas vivem, bem como contemplar a diversidade de escolhas dos indivíduos. Segundo Stotz (1991), as necessidades de saúde configuram-se como categorias sociais e são construídas historicamente. Ao considerar as necessidades de saúde e sua construção histórica, recorre-se ao conceito de saúde formulado pela OMS em 1948, o qual se revela um tanto utópico, mas ainda é utilizado e expressa: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de enfermidade”. Acredita-se, assim como Dejours, que o mais completo bem-estar seja físico, mental, social ou espiritual inexistente. O autor relaciona saúde com esperança, como algo proveniente do interior de cada um, não compreendendo assunto exclusivo de uma instituição ou classe profissional. Nesse sentido, “saúde é uma coisa que se conquista, que se enfrenta e que se defende” (DEJOURS, 1986, p. 6).

Contribuindo para uma concepção ampliada de saúde, Melo (2005) complementa que ela pode ser entendida como um direito social, ultrapassando as ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da mesma, pois sua determinação envolve as condições de vida, de trabalho, ambientais, emocionais,

bem como as demais condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade.

Nesse sentido, conhecer o significado de saúde e doença é um importante passo para a aproximação da construção social dessas categorias. Segundo Helman (2003), esses significados variam diferentemente entre as pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais. Para o autor, a saúde, na maioria dos casos, está para além da ausência de sintomas orgânicos desagradáveis; relaciona-se a aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Nas sociedades menos industrializadas ela é compreendida como uma relação harmônica entre as pessoas, natureza e mundo sobrenatural.

Gerhardt (2006) complementa que a análise das práticas ou dos itinerários terapêuticos permite a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, as quais se moldam a partir do contexto em que as pessoas vivem, bem como dos aspectos econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultantes de um espaço de ação e interação social.

Nesse sentido, a autora relata que a escolha por determinada prática terapêutica sofre influência de diversos fatores, dentre os quais se destacam a idade, o sexo, a categoria social, profissão, etnia, família e interação social, assim como as características do problema de saúde enfrentado e suas percepções, o fato de ser uma situação crônica, aguda, grave, benigna, o entendimento do que significa doença e a disponibilidade dos serviços, traduzidos no acesso, vínculo e qualidade. Todos esses fatores influenciarão a escolha terapêutica, resultando num pluralismo pela busca do cuidado, o qual resultará na escolha por um curandeiro, religioso, profissional da saúde, automedicação ou até mesmo nenhum tratamento (GERHARDT, 2006).

Dessa forma, acredita-se que os grupos sociais estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, as quais definiram práticas terapêuticas e colaboram no enfrentamento de situações cotidianas. A equipe de saúde poderá participar dessa rede, na medida em que, inserida em uma comunidade, partilha de seu cotidiano e representa um apoio nas situações de enfermidade. No entanto, para ampliar essa atuação é necessário desenvolver laços de apoio coletivo e compartilhar das necessidades dos usuários (RIQUINHO, 2007).

Esse compartilhar é observado na análise do microespaço, onde a precariedade do mercado de trabalho, dentre outras dificuldades, favorece as redes de troca e de ajuda entre grupos sociais e instituições de ajuda social como prefeitura e igrejas (GERHARDT, 2003). Ainda segundo essa autora, em situação extrema, verdadeiros sacrifícios são realizados: a venda de um móvel da casa, de um rádio ou de pequenos bens de consumo adquiridos dificilmente, mas cuja função é menos importante que sua reprodução social. As condições reais de existência da família podem depender muito das redes de solidariedade às quais pertencem e da capacidade das mulheres de integrarem essas redes, do que do quadro de vida material em que vivem (GERHARDT, 2003).

As trocas estabelecidas na rede social vão desde ajuda material e prestação de serviços ao aconselhamento e companhia nas atividades de lazer. Em algumas situações, as redes sociais permitem acesso a recursos não oportunizados pelo Estado ou pelo mercado, utilizando um princípio de dádiva e de reciprocidade (PORTUGUAL, 2006). A autora salienta o modo como se processa o acesso a recursos de diversos tipos, os quais estão intimamente relacionados com a forma das redes, redes constituídas por laços fortes ou laços fracos, por laços de parentesco, restrito ou alargado, implicando diferentes resultados no acesso a recursos, na satisfação de necessidades e no enfrentamento de dificuldades ou situações de risco. Portanto, o contexto das desigualdades sociais e de saúde vividos influenciará as necessidades e a forma como as mesmas serão percebidas pelas pessoas, assim como as práticas terapêuticas adotadas vão no sentido de responder a essas necessidades. O apoio social compreende uma estratégia no enfrentamento das situações do cotidiano.

Para tanto, o papel do indivíduo frente às desigualdades sociais e de saúde não se dá passivamente; existem estratégias, muitas vezes desconhecidas pelos serviços de saúde que motivam a busca de cuidados, seja no estabelecimento de vínculos com as redes de apoio na comunidade ou na mobilidade em busca de práticas terapêuticas e de serviços que satisfaçam sua necessidade de saúde (RIQUINHO; GERHARDT, 2008). Segundo as mesmas autoras, os grupos sociais estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, as quais definiram práticas terapêuticas e colaboraram no enfrentamento de

situações cotidianas. Acioli (2001) complementa essa idéia, ao afirmar que a população vem construindo movimentos nas práticas cotidianas em suas experiências com a saúde e com a doença, e desenvolvendo estratégias de outros valores sociais diferentes da ordem médica.

Nesse sentido, conhecer como as relações de apoio social ocorrem no cotidiano dos usuários dos serviços de SAÚDE é pensar o cuidado para além do indivíduo, incluindo sua vida de relação. Essa estratégia colaborará no entendimento da conformação de redes sociais, sejam elas formais ou não.

### **Rede e apoio social como ferramenta de enfrentamento dos determinantes sociais**

Na busca de amenizar o sofrimento, os indivíduos procuram, por meio de práticas terapêuticas, aquelas que melhor resolvam seu problema, sendo que muitos buscam terapias complementares, por meio da religião e da rede e do apoio social como forma de cuidado.

Em estudo realizado por Gerhardt (2000) sobre as práticas e a capacidade em mobilizar recursos e de formular estratégias da população de baixa renda no enfrentamento de seus problemas cotidianos, pode-se observar a complexidade das redes às quais os indivíduos pertencem. Foram identificados múltiplos tipos de redes de trocas de bens e produtos que, na vida cotidiana das famílias pobres, no plano do núcleo familiar e da família (no sentido do parentesco), constituem uma estratégia importante de sobrevivência<sup>1</sup>. Essas redes compreendem diferentes instituições – família, associações, sistema de saúde, religião – que tensionam a posição do sujeito na estrutura social, impondo aos indivíduos condutas, normas e valores às vezes até mesmo muito rigorosos. Os indivíduos se encontram em diferentes esferas da vida social e possuem diferentes papéis em cada uma delas. Esses aspectos se referem, entretanto a aspectos estáticos da trama complexa da vida coletiva. É verdade

<sup>1</sup> As reflexões referentes aos tipos de redes sociais encontradas neste estudo em relação ao enfrentamento de problemas ligados à alimentação e à saúde foram apresentadas em artigos publicados por Gerhardt (2003 e 2006). Cabe ressaltar que pelo foco de este estudo estar nas estratégias de enfrentamento dos problemas cotidianos, as redes sociais observadas se mostraram móveis e flexíveis, fazendo parte, em certos momentos, de algumas estratégias e em outros constituíam novas redes.

que cada indivíduo pertence necessariamente a uma dessas diferentes esferas, mas no interior de cada uma ele guarda um papel distinto. Na vida cotidiana destes indivíduos, eles são confrontados a situações que não são exclusivas de um domínio específico da vida social. E mesmo sendo confrontados às limitações ou pressões exercidas por esses diferentes domínios, eles possuem ao mesmo tempo diferentes papéis a serem desempenhados. Frente a determinadas situações, estes papéis eram desempenhados todos ao mesmo tempo, sem que para isso houvesse uma regra visível. Foi neste momento que se observaram as escolhas feitas pelos indivíduos para elaborar situações que conciliassem os diferentes papéis, as prioridades de ações e as preocupações ou interesses pessoais.

Desta forma, diferentes redes de relações sociais se constituíam, demonstrando um aspecto mais dinâmico da coletividade e que nos parece essencial para a compreensão do funcionamento de uma sociedade, pois a mobilização de recursos e a formação de redes são resultado das necessidades sentidas pelos indivíduos em termos de problemas cotidianos. A situação vivenciada pelas famílias desfavorecidas, de acordo com a forma como ela é percebida pelos indivíduos, pode ou não gerar estratégias de enfrentamento aos problemas. A vulnerabilidade das famílias é assim associada à percepção que elas possuem de suas próprias situações de pobreza e do perfil das desigualdades sociais.

A busca por cuidado inclui o desenvolvimento das práticas de saúde, a qual representa toda busca de alívio a um sofrimento físico e/ou psíquico. O apoio social é incluído como uma prática de saúde, constituída ao longo dos itinerários terapêuticos.

As práticas desenvolvidas frente à manutenção da saúde ou em situação de doença desvelam as relações complementares e cumulativas, não-substitutivas, entre o apoio social familiar e a formação de redes no cotidiano do ambiente comunitário (GERHARDT, 2007). O apoio social é apenas um dos elementos que compõem as relações humanas, concretizadas em meio a “esperas desinteressadas”, por meio da gratuidade e espontaneidade; sendo assim, as redes sociais não se isolam do contexto que as faz emergir e da dinâmica das relações interpessoais, da empatia e do companheirismo (GERHARDT, 2003).

Nesse sentido, os itinerários terapêuticos são estratégias elaboradas nos processos de escolha ou adesão a um determinado tratamento e são de difícil entendimento se não for levado em consideração o contexto no qual o indivíduo está inserido, frente às poucas possibilidades de escolha, sobretudo para a população de baixa renda. Para se compreender a saúde dos indivíduos e como eles enfrentam a doença, torna-se necessário analisar suas práticas, a partir do contexto que possui suas próprias características, que organizam sua vida coletiva. Considerando os indivíduos como atores sociais, definidos pelo espaço social em que se inserem (GERHARDT, 2006).

Para Vasconcelos (1999), medicar é mais que prescrever medicamentos e cuidados; é entender que os pacientes já trazem para seu atendimento suas próprias visões de sobre seus problemas e uma série de alternativas de cura. O mesmo autor afirma que medicar é um convencimento e negociação do saber científico com os outros saberes e práticas, em que a conduta resultante será um híbrido, sendo o paciente um cidadão livre para a escolha de seu tratamento e cura.

No entanto, na maioria dos serviços de saúde o modelo médico hegemônico predomina na orientação das práticas, sendo estas pautadas no diagnóstico e tratamento definidos pelo saber científico, existindo pouco espaço para escuta do sujeito e de seus sentimentos com atenção para o acolhimento e o cuidado integral à saúde (LACERDA; VALLA, 2005).

A rede social configura-se como um conjunto de métodos na conformação de estudos da relação entre os indivíduos e os elementos que essa relação oferece para a descrição das regularidades das trocas, a formação e a transformação do sistema de relação e seus efeitos sobre o comportamento individual (MERCKLÉ, 2004). Griep *et al.* (2005) definem rede social e apoio social como uma rede social (*social network*) de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida. O apoio social (*social support*) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido por meio da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por

exemplo, apoio emocional, material e afetivo). Segundo Valla (2000, p. 41), “o apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”.

Refletir sobre o apoio social significa pensar sobre seu papel na manutenção da saúde, na prevenção da doença e na facilitação da convalescença. “Uma das premissas principais da teoria é a de que o apoio social exerce efeito direto sobre o sistema de imunidade do corpo, isto é, como *buffer*, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o estresse”. Outro possível resultado do apoio social seria a contribuição geral para a sensação de coerência da vida e do controle sobre a mesma, que por sua vez afeta o estado de saúde da pessoa de uma forma benéfica (CASSEL, 1976; VALLA, 2000).

Dentre as alternativas de cura para as doenças, várias maneiras de se cuidar estão sendo utilizadas pela população; as práticas religiosas têm-se mostrado relevantes para os serviços de saúde. Essas práticas têm espaço significativo na vida dos indivíduos, já que a conjuntura política atual está levando a população à privação e ao isolamento – estas vêm indicando outros caminhos de ajuda para resolver seus problemas de saúde e aliviar seus sofrimentos. Os caminhos apontam para formas terapêuticas de atenção não mais restritas ao modelo médico hegemônico. Muitas dessas formas terapêuticas são de apoio social, tais como grupos religiosos, associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de famílias, entre outros (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

Outros autores (ANDRADE; VAITSMAN, 2002) também têm demonstrado que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais acarretam implicações clínicas para saúde pública. Nos países em desenvolvimento, essa relação se mostra ainda mais claramente, uma vez que as redes são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de serem o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana.

As autoras ainda afirmam que a condição de enfermidade, por si só, coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. Muitas vezes, o enfermo experimenta a fragilização de sua identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que organizava sua identidade é alterado de forma brusca com a doença (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Nesse sentido, presença de uma doença crônica em uma pessoa pode reduzir ou aumentar sua rede social, o que, dependendo da qualidade das interações, pode contribuir ou não para o agravamento da doença.

Dessa forma, o apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializada quando uma rede social é forte e integrada; sendo assim, o apoio social fornecido pelas redes ressalta os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Segundo as autoras, um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento.

Outro efeito do apoio social é o de contribuir com a sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas. Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o *empowerment*, processo nos quais os indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos.

No contexto dos usuários dos serviços de saúde, *empowerment* significa os pacientes passarem a conformar uma voz na organização, a adotarem postura mais ativa no tratamento, discutindo e fazendo perguntas à equipe de saúde, buscando informação, assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, além de serem informados sobre decisões tomadas durante o período de tratamento. Entretanto, a baixa escolaridade e a falta de recursos

dificultam uma ligação mais dinâmica com o serviço, já que os usuários se encontram diante de uma relação de desigualdade econômica, social e cultural, evidenciando muitas vezes dificuldade de reconhecer que aquele serviço é um direito e não um favor. Isso impõe limitações nas relações entre profissionais de saúde e pacientes (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

### **Práticas terapêuticas e redes de apoio social: resolução de problemas ou de necessidades em saúde?**

A partir destas considerações, trazemos, a título de exemplo, as práticas terapêuticas e as formas de apoio social existentes no cotidiano e nas relações que possuem com suas famílias e comunidades dois pacientes portadores de câncer de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul<sup>2</sup>. Busca-se discutir as situações de apoio social em duas trajetórias terapêuticas empreendidas. Acredita-se que para entender o contexto social que influencia as formas de cuidado e as trajetórias delas decorrentes, é necessário recorrer às relações que se estabelecem no cotidiano, levando-se em consideração os elementos econômicos, culturais e sociais que estão por trás dos comportamentos individuais em relação à morbidade aos quais estão expostos. Pensa-se, nesse sentido, que as formas como são traçadas suas trajetórias terapêuticas sofrem influências dessas configurações, sendo protetoras ou não. Fizeram parte do estudo 13 sujeitos, dos 26 cadastrados na Liga Feminina de Combate ao Câncer. Cabe ressaltar que todos os pacientes cadastrados nesta entidade filantrópica são usuários do SUS, portanto, da rede assistencial de atendimento à saúde local.

O município faz parte da Macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul, pertencendo à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), das 19 existentes no estado, e tem como principal pólo assistencial de saúde a cidade de Passo Fundo (RIO GRANDE DO SUL, 2002). A rede local de saúde está composta de um hospital de caráter regional, duas Unidades Básicas de Saúde, uma central e outra periférica, duas equipes do Programa de Saúde da

Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A referência para a assistência de pacientes portadores de câncer é para o Centro de Atendimento Hospital Santa Terezinha, no município de Erechim (RIO GRANDE DO SUL, 2006), município distante, o que dificulta o tratamento dos pacientes.

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Oncológica regulada pela Portaria nº. 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), a qual visa a facilitar o acesso da população brasileira à atenção oncológica e à necessidade de estruturar serviços regionalizados e hierarquizados que garantam o acesso integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para diagnóstico de câncer, o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de Passo Fundo (Hospital Macrorregional - Sociedade Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo) foi readequado e foi aberto um novo centro em Erechim (Hospital Macrorregional - Hospital Municipal Santa Terezinha) (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

De uma forma geral, o fluxo normal de atendimento dos pacientes portadores de câncer está estruturado no município da seguinte forma: os pacientes devem procurar, primeiramente, a Unidade Básica de Saúde Central, ou os consultórios particulares, para realizar a consulta médica. Num segundo momento, são efetuados pelo profissional médico os encaminhamentos necessários para tratamento ao serviço de referência, o Hospital Santa Terezinha de Erechim.

Os sujeitos demonstraram, no decorrer da pesquisa, que para qualquer evento que ocorra com seu corpo, procuram o médico que trata do seu caso. Este é o primeiro a ser comunicado e seguem a orientação desse profissional. Pode-se pensar que existe medo de usar outra alternativa de tratamento e que não poderiam arriscar fazer nada sem antes falar com o profissional responsável. Estas práticas de saúde, desenvolvidas muito em função do tipo de patologia, legitimam o modelo médico-curativo, centrado no profissional médico, que tem sua atuação na dimensão biológica do processo de tratamento e cura de doenças (SOUZA, 2005).

Observando os depoimentos, pode-se concordar com a autora, já que os sujeitos destacam o médico como o único profissional importante na cura e reabilitação do indivíduo. Pode-se perceber que o

<sup>2</sup> Exemplos extraídos da dissertação de mestrado em Enfermagem/UFRGS defendida por Rotoli (2007).

médico exerce poder de dominação sobre o paciente, tanto em relação a seu tratamento, como quanto a seus comportamentos, pois os sujeitos, além de acreditarem muito no profissional, referem ter medo da doença, pois ela ainda é sinônimo de morte para muitos. Portanto, não seguir as orientações médicas, significaria estar sendo negligente com sua saúde e comprometendo a cura: “Eu só uso o que eles mandam, eu não tomo nada que não seja receita dos doutores. Não tomo nada que não seja deles, por ordem médica” (Lara).

Entretanto, dentre as práticas terapêuticas, foram várias as alternativas que os sujeitos utilizaram como tratamento, na busca da cura para o câncer. Constatou-se que alguns sujeitos fizeram uso de plantas medicinais em forma de chás, infusões, pomadas e comprimidos confeccionados artesanalmente.

Eu tomei, eu já tomei chá de graviola, babosa com mel, ah, sangue de dragão, outros chás caseiros, malva, outras coisas assim. Sempre tem alguém que fala, né, essas coisas caseiras, mas vem assim desde berço porque a mãe sempre, né, já fez algum curso medicinal, daí ela sempre repassa pra gente, daí as minhas cunhadas aí também quando apareceu como é uma doença né, aí elas falam tem que procurar não só tomar remédios sabe, tem que tomar chá aqui ali, daí a gente tem procurado fazer, né, o que ensinam até pela a internet que a folha da graviola curava e daí a gente até procurou e consegui lá em Rondônia, aí eles mandaram pra nós e eu tomei só parei de tomar por causa da quimioterapia (Lara).

Para Lacerda e Valla (2003), a procura por práticas terapêuticas com outras alternativas, além da recomendada pelo médico, está relacionada à conjuntura socioeconômica determinada pelo capitalismo globalizado, que vem se intensificando e aumentando o desemprego, violência e desigualdade social. Configura-se, assim, uma relação desequilibrada entre a oferta de serviços públicos de saúde e a demanda da população que busca atendimento de saúde. Este pode ser um dos fatores pela procura de outras alternativas, pois o sistema não está conseguindo oferecer serviços que consigam resolver os problemas de saúde dos indivíduos. No caso do câncer, a busca ocorre devido à gravidade da doença e a rapidez com que ela acontece e a falta de confiança na medicina científica, que em alguns casos é percebida como não estar dando conta de curar o câncer.

No momento da entrevista, os sujeitos que não faziam uso de outras alternativas de tratamento além da prescrita pelo médico foram os que se encontravam na fase crítica da doença, com o uso de quimioterapia. Somente um dos sujeitos relatou não ter usado outras alternativas no momento em que soube que estava com câncer. Os demais tentaram alguma alternativa caseira. Percebe-se que estas práticas ficam veladas, pois mencionaram que o médico não poderia saber do uso de outras alternativas, pois elas poderiam estar comprometendo o tratamento farmacológico. Três sujeitos referiram usar Aveloz, que é um medicamento homeopático, indicado a eles por pessoas que se curaram. As indicações e ensinamentos para o uso destas terapias alternativas são de várias procedências, e foram indicadas por pessoas amigas, familiares, livros e Internet. Constatou-se que há um sentimento de medo ao se misturar as medicações alopáticas com chás, mas mesmo assim, em algum momento da doença, foi buscada alguma alternativa terapêutica na tentativa da cura.

Já tomei e só não tô tomando agora por causa da quimioterapia, né, porque a quimioterapia é uma medida muito forte e, segundo falam que não seria bom misturar com a medicação então eu já parei de tomar remédio caseiro (Lara).

A prática religiosa tem apresentado relevância entre as práticas terapêuticas, o que se pôde constatar com o desenrolar das entrevistas. Somente um dos sujeitos não colocou a prática religiosa como uma alternativa de alívio ou esperança de cura para sua doença. A grande maioria dos sujeitos relatou que a oração os tornava mais fortes e com esperança. Frequentar a igreja e rezar com grupos de vizinhos e familiares tem demonstrado amenizar o sofrimento.

A gente tem a religião católica, né, então a gente tem rezado, força e força dos amigos, né, que eles rezam fazem corrente de oração a gente fala e pede e eles tão corrente de orações pra gente enfrentar porque não é nada fácil, é bastante difícil, então a gente tem muita fé e procura até orientações no começo fomos em padres assim pra gente enfrentar tudo, né (Lara).

Um estudo de Ellison e George (1994) demonstra que as pessoas que frequentavam a igreja tinham maior apoio social, rede maior de

ajuda, desde financeira até o apoio emocional. A reunião ou atividades religiosas fortalecem as redes sociais. Pessoas que vivem isoladas têm maior probabilidade de adoecer e morrer, em relação àquelas que possuem boas relações familiares e sociais.

As pessoas que possuíam família ou um grupo de convivência, que relatavam rezar juntos, sentiam-se acolhidos em seu estado mais crítico da doença e convalescença. Pacientes que são cuidados por familiares que estão preocupados com a reabilitação e cura do indivíduo se mostram mais esperançosos e tranquilos em relação à doença, são mais confiantes na esperança da cura. Observou-se que sujeitos sem apoio familiar demonstraram desânimo com referência à esperança de cura da doença.

Evidenciou-se que a oração e a fé em Deus estavam muito presentes na maioria dos sujeitos que procuravam se fortalecer com a busca por força espiritual, pois somente Deus é capaz de aliviar a dor e o sofrimento. Observou-se que essa fé em um Deus estava presente em todas as religiões, e que a oração era um recurso mesmo dos que não tinham uma religião definida.

Para Valla (2006), a questão religiosa está colocada como forma de apoio social, enfatizando a busca crescente pelas religiões, o que pode sinalizar a constituição de redes como forma de defesa contra o sistema político e econômico que tende a excluir as sociedades menos favorecidas economicamente.

Vasconcelos (2006) salienta que a crise trazida pela doença fragiliza o paciente e a família. A dependência de cuidados de outros e o encontro com a possibilidade de morte são o momento em que ocorrem várias fantasias e desejos como sentimentos de ódio e de amor, em que o indivíduo entra em fase de transcendência e passa a elaborar e questionar valores que vinham norteando a sua vida.

A doença é um momento em que as pessoas referem repensar o sentido da vida e procuram encontrar paz espiritual. Quando a doença é descoberta, o indivíduo e a família passam por momentos que são classificados em etapas, segundo Klaus e Kennell (1992): primeiramente o choque, quando se descobre a doença; a negação, não se admite que se está com o problema; a tristeza, sentimento acompanhado de descrença; o equilíbrio, diminuição gradual da

ansiedade e a procura pelas várias alternativas de cura e a reorganização, que é adaptar-se ao que está vivenciando. Percebe-se, nessas fases, que cada indivíduo pode buscar suas práticas em qualquer momento que esteja enfrentando, e que a busca pela espiritualidade ocorre no equilíbrio, quando volta a acreditar que ainda há esperança e também alternativas de cura para a doença.

Assim a começo, vem desespero, vem tudo, mas junto eu e meu marido sempre estamos juntos, ele, a gente, procuro um meio para fazer, né, os dois juntos, ele tá sempre me acompanhando, sempre me dando força, família me ajuda, me acompanha e não deixa cair, né? (Lara).

Para Vasconcelos (2006), várias pesquisas mostram que a espiritualidade e a fé relacionam-se com a religião. Toda doutrina a ser seguida, ou religião, dita regras para um comportamento; na maioria das religiões as regras são para uma vida saudável de preservação ao indivíduo, tanto em seu corpo, como sua mente. Em algumas doutrinas religiosas, seus ensinamentos consideram o corpo como sagrado o que leva a crer que se cuidar faz parte da preservação da vida.

Evidenciou-se que vários dentre os entrevistados rezavam em casa ou freqüentavam igrejas; com o surgimento da doença, esta prática se intensificou, na busca de um milagre de cura ou de conforto. Referiram ter encontrado e alcançado graças, sendo que os que não procuravam igrejas por motivo da doença, disseram que rezavam em casa e que acreditavam no poder da oração das outras pessoas da família ou comunidade. Dessa forma, se cuidar da saúde não é uma questão apenas do corpo em si, como propõe a teoria de apoio social, é relação corpo e mente ou corpo e alma, é possível que a grande procura das classes populares por igrejas seja o reflexo da crise e da desordem do sistema de saúde (VALLA, 2000).

Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde é um dos principais problemas mencionados pelos sujeitos da pesquisa, visto que o município apresenta deficiência na resolutividade de serviços, principalmente na especialidade oncológica. Vários sujeitos referiram dificuldade nos atendimentos na UBS, como também nos encaminhamentos para tratamento fora do domicílio.

Assim, as categorias de acesso geográfico, distância/tempo de deslocamento e tempo de atendimento; econômico (público e privado), funcional (organização da rede de atenção) e cultural (crenças e percepções) parecem estar presentes nas trajetórias de enfrentamento da doença.

Sim eu dependo, né, pra mim aqui o que eu gasto nossa renda aqui não consegue cobrir, fazer tudo por conta, depende de carro, depende de médico, depende de posto de saúde toda a hora porque a nossa renda é muito baixa e os custos são muito altos. Se eles não me ajudam eu não tenho como fazer o tratamento (Lara).

Os sujeitos pesquisados reclamam da falta de atenção aos pacientes portadores de câncer, pois o município não consegue oferecer serviços para esta especialidade, mas poderia viabilizar atendimento em outro local a que o indivíduo pudesse ser encaminhado em melhores condições de transporte e acomodação para os municípios de referência. O fato de oferecer apenas a passagem para o sujeito ir para a consulta causa transtornos, pois alguns não possuem recursos financeiros para retornar a sua residência. Outro problema é o retorno de ônibus, após as sessões de quimioterapia: os sujeitos referem não ter condições físicas, devido às várias reações aos medicamentos. Um recurso utilizado por alguns foi a carona de outras ambulâncias de municípios vizinhos.

Existem alguns limites relacionados à dificuldade para fazer a gestão pública da política de saúde, tanto no território do município quanto na redefinição da rede de saúde na região. Os municípios tendem a reproduzir organizações e métodos conhecidos com poucas condições de assumirem as inovações e se sustentarem (RIGHI, 2005).

O câncer é um problema que demanda a articulação do sistema, um trabalho em rede, devido a sua magnitude, necessitando de um sistema de saúde estruturado para realizar encaminhamentos no sentido da regionalização do serviço. É nesse quadro que emerge a necessidade da conectividade do qual a noção de rede é o núcleo, e ao mesmo tempo a metáfora da forma, pois a relação do processo de adoecimento com o apoio social converge numa proposta de inclusão e revalorização do indivíduo enquanto pertencente a um grupo social (BURITY, s/d).

Desta forma, pacientes portadores de câncer contam apenas com as redes sociais, uma vez que a rede de saúde institucionalizada é frágil e desconectada do cotidiano desses pacientes. Para Bonet e Tavares (2006), as redes conformam o pano de fundo onde se desenrolam as ações, estabelecendo uma superfície de contato que possibilita as negociações cotidianas, bem como a interpretação de saberes terapêuticos e religiosos associados ao uso distinto do corpo e das formas em lidar com as emoções.

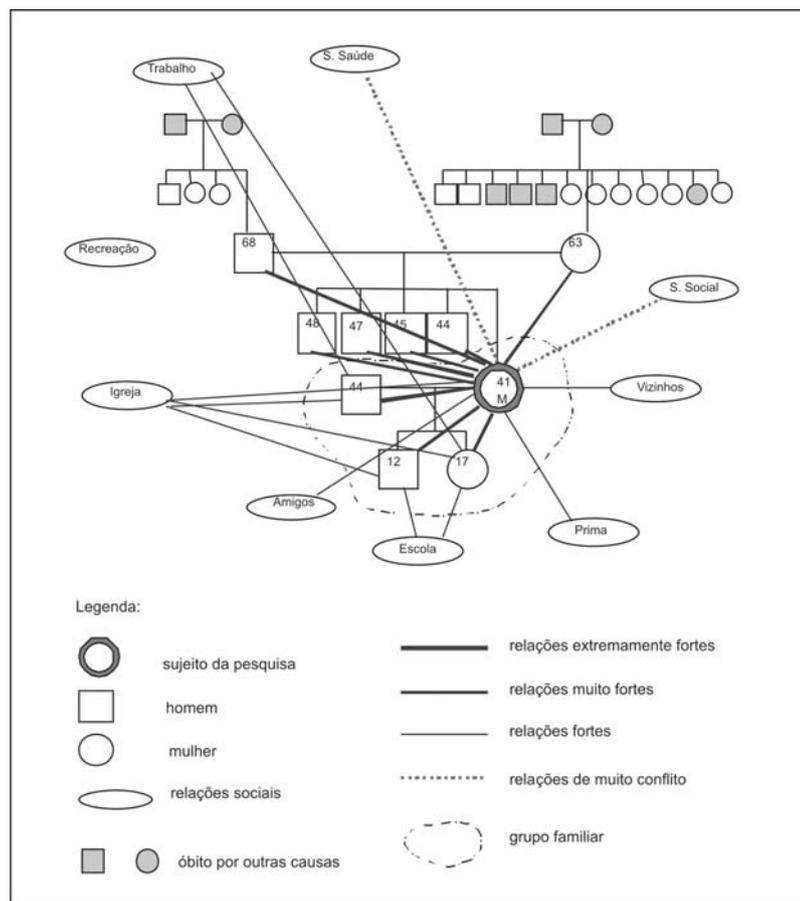
Assim, optou-se por construir a rede de relações de dois sujeitos por meio da combinação de duas ferramentas metodológicas de apoio, como o genograma e o diagrama das relações sociais, associando-as também às observações e falas dos sujeitos. É a partir dessas identificações que se tentou compreender como os sujeitos reagem ou não à patologia em termos de cuidado ou não, conforme duas situações distintas descritas a seguir.

Na primeira situação, Lara de 41 anos, trabalhava como servente em um grupo de escritórios e no momento da entrevista encontrava-se em licença médica devido ao tratamento por câncer de mama. cursou o ensino fundamental. Residia na área urbana em bairro de classe média baixa, casa de madeira em boas condições de higiene e conservação, com seis cômodos e na parte externa um jardim e pomar com algumas frutas.

Na casa de Lara, reside sua família, que é composta de Lara, seu esposo e dois filhos, 12 anos o menino e 17 anos a menina. A relação de Lara com o seu marido e filhos é extremamente forte, com grande apoio e atenção, Lara refere sentir-se muito amada por todos os membros da família, pais, irmãos, filhos e marido.

No momento da entrevista, foi possível perceber que a relação da família era baseada em muito amor com o familiar doente; ela se sentia amada e compreendida. A relação de carinho e cuidados especiais dispensados pela família eram motivos de acreditar que poderia melhorar, dando-lhe forças para lutar contra a doença: “Eles estão sempre correndo por mim. Meu filho teve até que ir na psicóloga de medo que eu morresse. Meu marido faz tudo por mim...” (Lara).

**Figura 1 - Diagrama de relações e apoio social amplo e intenso.**



Fonte: ROTOLI, 2007.

Os pais de Lara tiveram cinco filhos e ela é a última filha do casal. A relação de Lara com seus pais e irmãos é muito forte, conta inclusive com ajuda financeira e apoio emocional. Seus avós paternos são falecidos; a avó paterna morreu de infarto aos 34 anos, tiveram quatro filhos, sendo que o pai de Lara é o filho mais novo. Os avós maternos são falecidos; o avô faleceu devido a um acidente

vascular cerebral (AVC). Tiveram 12 filhos sendo que a mãe de Lara é a oitava filha; três tios morreram de infarto e um de suicídio.

A família fragilizou-se com um indivíduo doente. A dependência de cuidados leva à necessidade de receber ajuda de outras pessoas e a possibilidade da morte faz com que a família mude sua rotina e direcione os cuidados ao familiar. É neste momento que o apoio social se faz presente nas famílias e comunidades, pois o apoio social em muitos casos pode significar sobrevivência (VALLA, 2006).

A relação de Lara com o serviço social e serviços de saúde do município é de muito conflito; Lara refere que isso ocorre devido à pouca atenção dispensada pelo município aos pacientes portadores de câncer. Refere que quando necessitou de algum tipo de transporte para a realização de exames ou quimioterapia na capital do estado, sofreu muito retornando para casa de ônibus ou carona com ambulâncias de municípios vizinhos. Lara relata que nos últimos meses conseguiu o transporte para suas viagens, devido a lutas e brigas com o sistema de saúde local, pois seu esposo ameaçou que acionaria o Ministério Público em sua defesa; devido a seu estado de saúde, Lara encontra-se com metástase nos pulmões e com dificuldade de viajar sem o mínimo de conforto.

Valla (2006) enfatiza que todos os profissionais de saúde deveriam ser facilitadores de todos os esforços que os indivíduos fazem para sobreviver, e o que se observa são dificuldades em organizar os serviços conforme as necessidades do indivíduo doente. Nessas situações, as pessoas reagem por meio da ajuda mútua, com grupos de apoio, ajuda de vizinhos, amigos e parentes, procurando amenizar suas necessidades materiais e sociais em outros espaços da sociedade, devido à falta de estrutura organizacional do serviço de saúde.

A relação de Lara com os amigos é forte, sendo que tem uma prima que considera e de quem gosta muito. A família de Lara tem relação forte com a igreja, sendo que hoje, quem participa é o marido e os filhos, pois Lara não consegue ficar muito tempo fora de casa, mas mesmo assim reza muito. A relação da família com os vizinhos, escola e trabalho também é intensa. Lara sente-se respeitada pelos vizinhos, pois em momentos que necessita de apoio eles se fazem presentes.

Evidenciou-se que o apoio dos parentes e vizinhos representava para Lara uma atitude também de respeito e de carinho, quando os vizinhos e amigos respeitavam os momentos em que Lara não poderia recebê-los. Mesmo assim, o apoio e ajuda continuavam acontecendo.

Mesmo com apoio social e familiar, Lara referia que a família estava sensível emocionalmente, necessitando de apoio psicológico, devido aos vários momentos de dificuldades enfrentadas em decorrência de sua doença. Essa relação de apoio familiar reforça a importância de o indivíduo doente ter suporte familiar e social para contornar os transtornos ocasionados no enfrentamento da doença.

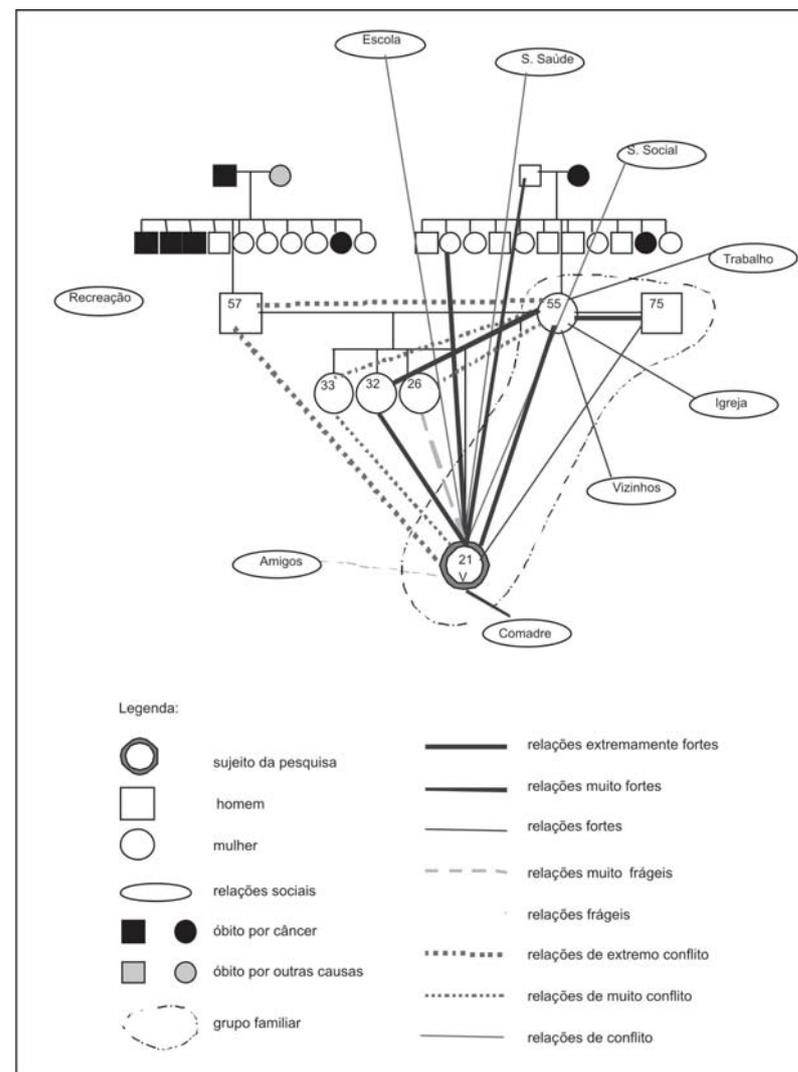
As maiores dificuldades encontradas no tratamento de Lara foram relacionadas aos encaminhamentos para a quimioterapia. A mesma refere que o município prestou pouco apoio, no sentido de viabilizar condições adequadas após as sessões, que debilitam e causam dores, não tendo transporte adequado para esses momentos.

Já na segunda situação, a jovem Lisa tinha 21 anos, freqüentando o último ano do ensino médio. Trabalhava em casa ajudando sua mãe nos serviços domésticos e encontrava-se em licença médica, não podendo trabalhar devido ao seu problema de saúde (linfoma de Hodgkin).

Residem na mesma casa de Lisa três pessoas: o padrasto, a mãe e ela. A residência de Lisa está localizada na divisa da área urbana com a área rural, numa chácara. A casa é de alvenaria, com divisórias em madeira e cinco cômodos. A higiene da casa é realizada com produtos químicos especiais para a convivência com paciente que sofreu transplante de medula óssea. Mesmo com a proibição de seus médicos para não ter contato com animais domésticos, ela possui vários animais de estimação, um cachorro pitbul, que é seu “nenê”, duas tartarugas e duas cachorrinhas. Lisa admira os animais, em uma de suas falas ela diz: “Vem ver, o que nasceu ontem que coisa linda, a vaca sempre dá leite para o filho, eu adoro os animais, pois não abandonam os filhos como os humanos” (Lisa).

Lisa tem quatro irmãs e os pais estão separados. A relação de Lisa com seu pai é de extremo conflito; seus pais separaram-se quando ela tinha 18 meses. Já com a mãe a relação de Lisa é extremamente forte, considerando-a grande companheira conforme pode ser observado no diagrama 2.

**Figura 2 - Diagrama de relações conflituosas e apoio social restrito**



Fonte: ROTOLI, 2007.

Lisa apresenta relação muito forte com uma tia e com o avô materno. Sua relação com o padrasto é de indiferença, e quando Lisa necessitou de internação, exames e quimioterapia na capital do estado, o padrasto reclamava de sentir-se sozinho em casa. Lisa refere que mesmo assim sua mãe priorizou cuidar dela e deixou seu companheiro aos cuidados de vizinhos ou mesmo sozinho.

A relação de Lisa com a irmã de 33 anos é de muito conflito; com a irmã de 32 anos é extremamente forte, sendo que foi esta a doadora de medula. Neste sentido existe um sentimento de forte gratidão por parte de Lisa para com a irmã, que refere ter salvado sua vida. Com a irmã de 26 anos a relação é muito frágil. Sua irmã de 26 anos foi embora de casa, dando poucas notícias para uma das irmãs que reside em Porto Alegre. A família a considera como desaparecida, referindo que ela é traficante e usuária de drogas, que já esteve presa e hoje estaria foragida da polícia. Lisa diz que gostaria de ver esta irmã, mas não é possível devido à situação em que se encontra.

O avô paterno morreu de câncer na laringe aos 65 anos. Ele teve 11 filhos, sendo que quatro morreram de câncer (pele, laringe, fígado e útero). O pai de Lisa é o quinto filho. A família da mãe é constituída de 11 irmãos, sendo que a mãe de Lisa é quinta filha. A avó materna morreu de câncer de fígado aos 46 anos, uma tia morreu de leucemia aos quatro anos, o avô materno de Lisa está vivo e tem relação muito forte com ela.

Griep *et al.* (2005, p. 703), em estudo sobre a validação de uma escala de apoio social, citam autores que sugerem “que a ruptura de laços sociais afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças”. No mesmo pensamento, os laços familiares fragilizados poderão também tornar os indivíduos mais suscetíveis à doença. Conforme os depoimentos de Lisa, as relações fragilizadas comprometem seu bem-estar, pois sente falta das visitas de seu pai e irmãs: “Ele mora aqui, e nunca veio saber como estou [...] fico feliz quando minha irmã liga pra mim” (Lisa).

A relação de Lisa com o serviço de saúde e com o serviço social é de grande conflito. A maior insatisfação é de não ter a atenção à qual acredita ter direito, pois nas várias vezes em que necessitou de passagem ou transporte para a capital não foi atendida, ou o foi em

condições em que um paciente submetido a transplante de medula não poderia estar submetido. Lisa relata que quando realizou quimioterapia e estava com alta, não possuía condições de pagar táxi para ir até a rodoviária, e teve que ir a pé. Nesse trajeto deixou várias vezes na rua para descansar, estando sozinha sem acompanhamento de familiar ou de pessoa responsável, e o município nem mesmo sabe ou não se preocupou em saber sobre esse tipo de acontecimento. A Secretaria Municipal de Saúde pagava somente a passagem de ida para Porto Alegre e não o retorno para o município, causando desconforto e reações de revolta, pela falta de atenção por parte da secretaria com sua população.

A relação de Lisa com a escola é de conflito, por esta não viabilizar a continuidade de seus estudos durante o período em que não apresentava condições de frequentá-la pela baixa imunidade. Relatou que sabia de alguns pacientes que se encontravam nas mesmas condições, e as escolas de seus municípios proporcionavam-lhes alternativas para as aulas, fazendo com que a doença não impedisse a continuidade dos estudos.

Lisa relata que tem uma amiga e a relação está fragilizada, pois quando Lisa adoeceu não houve mais contatos; a amiga encontrou um namorado que, segundo Lisa, é o motivo de ter dado mais atenção a ele do que a ela. Lisa tem relação muito forte com uma vizinha que é sua comadre, e tem um afilhado de cinco anos. A mãe de Lisa tem relação forte com vizinhos, igreja e com o trabalho.

A relação de conflito de Lisa e sua mãe com o serviço de saúde está diretamente ligada à deficiência destes em oferecer possibilidades de resolução de seus problemas e em que estes sejam vistos como prioridade às particularidades da doença. Lisa é paciente transplantada, necessita de cuidados especiais, como referiu na entrevista. O sistema de saúde do município não deu o suporte necessário em sua convalescença, nem mesmo nos cuidados posteriores ao transplante, os quais seriam necessários para não correr riscos de infecções e óbito. Pensa-se que a estrutura administrativa dos serviços sociais e de saúde em um município deveria seguir na perspectiva de oferecer suporte adequado, com serviços interligados, como de saúde, educação, serviço social entre outros necessários ao bem-estar do cidadão.

Para Franco e Merhy (2005), o desafio que se coloca aos trabalhadores de saúde é o de organizar serviços que sejam capazes de proporcionar novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de um modelo centrado nas tecnologias leves, com atenção e cuidado mais humanizado, em que as relações profissionais e usuários se aproximem, podendo esses ter o atendimento tal como imaginam e desejam. É nessa perspectiva de resolução de seus problemas que Lisa destaca a importância de ser atendida com dignidade, com possibilidade de prosseguir seus estudos e cuidar da sua saúde, que requer cuidado especial. Considerando seus problemas familiares, ela poderia encontrar suporte social na escola e no serviço de saúde do seu município.

Identifica-se, no caso de Lisa, que as dificuldades em cuidar da saúde se iniciam desde o diagnóstico da doença, persistindo no tratamento e no controle da doença. Os aspectos que dificultaram o tratamento de Lisa foram a distância do serviço e a necessidade de cuidados especiais que não foram dispensados pelo município, como também os problemas familiares, destacando a desintegração familiar como um dos fatores que dificultam suas relações com o pai e irmãs. As famílias, de modo geral, apresentam-se abaladas com um familiar doente, mas ficou evidente que estar doente em uma família com relações de conflito é ainda mais difícil, tanto para o indivíduo doente como para os familiares.

A doença e os conflitos na família são fatores que podem contribuir para o desequilíbrio emocional de seus componentes, sendo que, neste caso, o apoio social que poderia colaborar para manter a saúde das pessoas, desempenhando uma função mediadora, não permite contornar o adoecer e o agravamento da situação, pelo resultado de situações de estresse (VALLA, 2000).

É no sentido de pensar a integralidade, as necessidades em saúde e a organização de serviços de saúde, que os serviços poderiam se estruturar e organizar seu funcionamento, atendendo o indivíduo dentro das prerrogativas da humanização, das tecnologias leves, em que este tenha seus direitos garantidos em relação ao atendimento integral e igualitário. A conformação das redes sociais enquanto prática terapêutica extrapola a resolução de problemas de saúde, pois esta prática visa a atender às necessidades em saúde que vão muito além das questões biológicas.

A responsabilidade com o atendimento integral é do sistema de saúde como um todo, proporcionando ao paciente atendimento desde o primeiro contato com a equipe, até encaminhamentos e atendimentos em serviços que ele necessite. Cabe ressaltar a importância das equipes de os serviços de saúde terem uma visão mais abrangente do indivíduo, visto em vários aspectos desde o individual ao coletivo, dentro de um universo de situações e de relação, aproximando-se assim de suas verdadeiras necessidades, e ofertar serviços que se aproximem do significado do bem viver.

### Considerações finais

As reflexões acerca da busca por cuidado a partir de suas dimensões subjetivas podem contribuir de várias formas. Primeiro, proporcionando refletir sobre as dimensões subjetivas do cuidado e de seus determinantes sociais (compreendidos como o sistema de saúde), em que as redes e o apoio social ocupam posição importante. Segundo, possibilitando que estas reflexões ampliem a compreensão dos processos de saúde/doença/cuidado, de forma que sejam incorporadas as dimensões individuais e coletivas, materiais e imateriais, condições e situações, proporcionando relações mais horizontais a partir do reconhecimento da existência de múltiplos saberes. Terceiro, contribuindo para que as ações sejam pensadas e redefinidas levando-se em conta as escolhas dos indivíduos.

Nos exemplos trazidos ao longo deste texto, vemos a figura central do profissional de saúde (médico) nos momentos de intervenção tecnológica importante (químico e radioterapias), mas ao mesmo tempo, no cotidiano desses pacientes, outras formas de cuidado (apoiadas nas redes sociais) prevalecem, deixando entrever a margem de liberdade de escolha que possuem os indivíduos. Por outro lado, as redes sociais intensas ou restritas implicam opções de práticas terapêuticas disponíveis para cada indivíduo.

No entanto, por que é difícil olhar para o Outro com alteridade ou empatia? Talvez porque a saúde se insere em um sistema em forma de rede institucionalizada a partir de um modelo vertical. Contraopondo a isso, as redes sociais se dão num plano horizontal, permitindo que as relações estabelecidas sejam de troca, solidariedade e reciprocidade. Dentro desta perspectiva, a redefinição das ações

em saúde só irá ocorrer se o sistema e os profissionais de saúde se colocarem de outra forma diante do Outro, possibilitando um cuidado integral.

Assim, o cuidado integral parte do princípio que é importante pensar o indivíduo num contexto que faz parte de um todo, que vai desde seu corpo físico até sua inserção no seu contexto local, social, econômico, político e cultural, onde tudo está em constante interação. Isso implica conhecer como vivem os sujeitos, suas histórias de vida, o que se traduz em diferentes expectativas, vivências e potencialidades para cada indivíduo e para cada contexto.

Por fim, o cuidado se dando a partir das relações sociais e exercendo influências no contexto e nas situações de vida dos sujeitos, e sendo ao mesmo tempo influenciado por estes elementos da coletividade – o indivíduo é um produto e é produtor do social (RAYNAUT, 2006), resulta em uma prática onde “O Outro é o lugar do cuidado” (PINHEIRO, 2006, p. 74).

## Referências

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2001. p. 157-166.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 925-934, 2002.
- BONET, O; TAVARES, F. R. G. Redes em Saúde: dimensões, intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2006. p. 385-399.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BURITY, J. A. Redes sociais e o lugar da religião no enfrentamento de situações de pobreza: um acercamento preliminar. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponível em: <www.http://clacso.org>. Acesso em: 14 jul. 2008.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. Filho. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – CSDH. A conceptual framework for action on social determinants of health. Disponível em: <www.http://determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 15 mar. 2007.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.14, n. 54, p 7-11, 1986.

DONABEDIAN, Avedis. *A introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press, 2003. 200 p.

ELISSON, C.; GEORGE, L. Religious involvement, social ties and social support in a Southeastern community. *Journall of Scientific Study Religion*, v. 33, p 46 - 61, 1994.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde: construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. P. 113-128.

GERHARDT, T. E. *Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire – pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil*. 2000. 362 f. Tese (Docteur en Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle) – Université de Bordeaux 2. Bordeaux, 2000.

GERHARDT, T. E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 713-726, 2003.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11 p. 2449-2463, nov., 2006.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007. 401 p. p. 279-300.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica a alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. de (org.). *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. No prelo.

GRAHAM, H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 82, n. 1, p. 101-124, 2004.

GRIEP, R. H. et al. Validade de construto de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, maio/jun. 2005.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408 p.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LACERDA, A.; VALLA V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003. p. 169-196.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org). *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 303. p. 279-291.

MELO, E. M. de. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl., p. 167-178, set-dez., 2005.

MERCKLÉ, P. *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris: La découverte, 2004.

NGUYEN, Vinh-Kim; PESCHARD, Karine. Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annu. Rev. Anthropol.* 32: 447-474, 2003.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: EPSJV/FIOCRUZ. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro. EPSJV, 2006. P. 73-77.

PORTUGUAL, S. Quanto vale o capital social? O papel das redes informais na provisão de recursos. IN: FONTES, B.; MARTINS, P. H. (org). *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora da Universitária da UFPE, 2006. 300 p. p. 51-75.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, 2006.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijuí, 2005. p. 73-92.

RIO GRANDE DO SUL. Memo nº 898/06, de 29 de novembro de 2006. Dispõe sobre habilitação das unidades na Rede Estadual de Oncologia: Portaria SAS/MS 714 de 28/09/2006. Porto Alegre, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano diretor de regionalização da saúde*. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.

RIQUINHO, D. L. *Necessidades de saúde, práticas e apoio social em uma comunidade rural do sul do Brasil*. 2007. 70 f. Projeto da dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Necessidades, práticas e apoio social: dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, 2008. No prelo.

ROTOLI, A. *Trajetórias Terapêuticas e Redes Sociais de Pacientes Portadores de Câncer: assimetrias no atendimento em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul*. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SANTOS, D. L. Produção científica sobre desigualdades sociais e de saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. IN: Coletânea de

trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem: primeiro semestre de 2006. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Enfermagem, 2006. 1 CD-ROM cap. 15, p. 65.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SOUZA, A. C. *Como manda o figurino: práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre*. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

STOTZ, E. N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito. Contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde*. 1991. 765f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 103-115.

VALLA, V. V. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 265-295.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crises. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a terapêutica médica. In: SCOCUGLIA, A.; MELO NETO, J. F. (Org). *Educação popular: outros caminhos*. João Pessoa: UFPB, 1999. p.1-7.

VASCONCELOS, E. M. (Org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

# Os agentes comunitários de saúde evangélicos e o trabalho de atenção e cuidado à saúde que desenvolvem junto à população

ALDA LACERDA  
MARIA BEATRIZ GUIMARÃES  
CARLA MOURA LIMA  
VICTOR VINCENT VALLA

## Introdução

Este texto visa a trazer algumas reflexões que nosso grupo de pesquisa, por meio da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq em parceria com o LAPPIS, vem investigando nos campos da religião e da saúde, tendo como foco as classes populares. Conforme já mencionado em artigos anteriores (VALLA *et al.*, 2004; 2005), nossas pesquisas têm-se voltado para os membros das igrejas evangélicas – principalmente das igrejas pentecostais e neopentecostais – em função do crescimento da busca religiosa por parte dos sujeitos das classes populares, cuja motivação para a adesão religiosa pode ser, entre outras, encontrar um sentido para a vida e solucionar os problemas do cotidiano.

As igrejas pentecostais surgiram nos Estados Unidos no início do século XX. No Brasil, a primeira igreja criada foi a Congregação Cristã do Brasil em 1910, em São Paulo, e em seguida a Assembléia de Deus em 1911, em Belém no Pará. Essas igrejas se diferem das outras igrejas protestantes<sup>1</sup> por incorporarem a seus cultos manifestações denominadas “dons do Espírito Santo” – experiências individuais marcadas pela emoção – como aqueles que, segundo o relato bíblico, teriam sido expressos pelos discípulos de Jesus, no Dia de Pentecostes. Estes dons são de falar em línguas (glossolalia),

---

<sup>1</sup> As igrejas protestantes também são chamadas de históricas ou tradicionais. Para aprofundar essa temática, vide Lima & Valla (2003).

de interpretação dessas línguas, de evangelização, de cura, de profecia, de sabedoria, de discernir os espíritos (ler os pensamentos) e de fazer milagres (CORTEN, 1996).

Por sua vez, o neopentecostalismo pode ser considerado um movimento religioso que surgiu em um período de grave crise econômica no Brasil, e foi liderado, principalmente, pela Igreja Universal do Reino de Deus, criada no ano de 1977. Em seguida emergiram outras igrejas, tais como a Igreja Internacional da Graça de Deus em 1980 e a Igreja Cristo Vive em 1986. A partir desse período, torna-se cada vez mais difícil quantificar o número de igrejas menores que têm surgido, principalmente em bairros de periferia e em comunidades (LIMA; VALLA, 2003), disseminando-se nas faixas mais pobres da população. Essas igrejas se caracterizam por utilizar os meios de comunicação de massa, enfatizar a prosperidade individual, a moralidade familiar e a prática do exorcismo de demônios (RAMALHO, 2000). Ambas religiões são marcadas pelas experiências emotivas.

Segundo Corten (1996), o pentecostalismo se caracteriza pela importância dada à emoção, onde até a própria proposta teológica se subordina à “experiência emotiva partilhada” pelos crentes. Há uma reivindicação de que haja uma “experiência emotiva” e esse desejo aponta para o encanto e alegria demonstrados nos cultos. A grande contradição para muitos dos observadores da classe média é que está se lidando com pessoas que frequentemente vivem na miséria, na doença e em ambientes repletos de violência e, no entanto, experimentam essa intensa alegria de estarem vivas.

Outras perspectivas religiosas que demonstram uma discussão mais intelectualizada acabam encarando os cultos pentecostais como se tratando de um “misticismo arcaico”, e a idéia corrente na sociedade é a de 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 onde se doam roupas e alimentação e acham empregos para os membros mais necessitados.

A partir da pesquisa realizada no ano de 2004, na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro, intitulada “Ouvidoria Co-

letiva”<sup>2</sup>, ficou evidenciado o sofrimento de diversos profissionais de saúde do SUS diante das precárias condições de vida e saúde da população e dos limites para se resolver grande parte dos problemas. Foi apontada a necessidade da criação de espaços institucionais de escuta para os trabalhadores do SUS, principalmente para os agentes comunitários de saúde (ACS), em virtude da complexidade do seu trabalho e dos impasses que enfrentam no seu dia-a-dia (GUIMARÃES *et al.*, 2005). Isso motivou alguns pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca a criarem grupos de Terapia Comunitária com os ACS<sup>3</sup>, de modo que esses trabalhadores pudessem partilhar suas experiências de vida com o intuito de potencializar recursos individuais e coletivos que os auxiliem a encontrar possíveis caminhos para resolução dos problemas levantados<sup>4</sup>.

Os grupos de Terapia Comunitária com os ACS propiciaram um contato mais próximo dos pesquisadores com esses agentes de saúde, e a constatação de que muitos deles pertenciam às igrejas pentecostais e neopentecostais. Com isto entendemos ser relevante discutir a inserção religiosa desses trabalhadores e o impacto no seu processo de trabalho.

É nessa perspectiva que realizamos, no ano de 2007, uma pesquisa<sup>5</sup> empírica, de caráter qualitativo, com entrevistas abertas, porém com alguns conteúdos temáticos, de tal modo que o entrevistado pôde discorrer livremente acerca das questões propostas pelo pesquisador. Optou-se por utilizar esse tipo de entrevista, que, de acordo com Montenegro (1992), possibilita ao entrevistado um

<sup>2</sup> A Ouvidoria Coletiva teve como objetivo organizar um sistema de vigilância em saúde capaz de identificar os principais problemas de saúde dos moradores dos complexos de favelas dessa região, e os recursos utilizados na tentativa de superá-los (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

<sup>3</sup> As rodas de Terapia Comunitária com os ACS da região da Leopoldina têm ocorrido desde junho de 2006, por meio de uma parceria da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> No âmbito da Ouvidoria Coletiva, a Terapia Comunitária tem sido entendida como uma metodologia que, além de prestar assistência a uma dada parcela da população, serve de instrumento de pesquisa para se conhecer as condições de vida, saúde e trabalho dos ACS.

<sup>5</sup> A pesquisa, intitulada “Religiosidade, Sociedade Civil e Saúde: um estudo sobre redes e apoio social no cuidado integral à saúde”, contou com o financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

extenso campo de estímulos capazes de desencadear processos involuntários de associação e de rememoração. Nesse sentido, foi estabelecida uma relação dialógica entre entrevistado e entrevistador, respeitando-se os diferentes saberes (MARTINS, 1989). Foram entrevistados sete ACS moradores e trabalhadores de centros de saúde de comunidades do complexo da Maré, na região da Leopoldina, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino, todos pertencentes de igrejas pentecostais e neopentecostais. O presente texto se volta para a apresentação dos resultados parciais parte dessa pesquisa e objetiva analisar a adesão dos agentes comunitários de saúde entrevistados às igrejas pentecostais e neopentecostais e as repercussões dessa adesão no seu processo de trabalho.

### **A adesão religiosa dos agentes comunitários de saúde**

Os ACS são moradores das comunidades onde atuam, e essa condição é importante, pois eles precisam ter livre acesso e conhecimento sobre a realidade local e as condições de vida e saúde das famílias pelos quais são responsáveis. Este profissional desenvolve um trabalho complexo que envolve ações educativas, de promoção e prevenção com a população. O envolvimento dos ACS com a população tem apontado para relações mais humanizadas, em que muitas vezes não é possível curar os problemas de saúde mas é possível cuidar dos sujeitos necessitados (VASCONCELOS, 1998), uma vez que a demanda dos sujeitos muitas vezes não é por problemas de saúde de ordem física, mas de outras dimensões existenciais ou até mesmo a necessidade de falar e desabafar seus problemas. A escuta e o acolhimento dos sujeitos são fundamentais quando se realizam as visitas domiciliares. Estas podem ser entendidas como atos terapêuticos, e a disponibilidade para a escuta permite dar a devida atenção às demandas dos usuários. Nesse sentido, conforme discutido por Silva *et al.* (2004), os agentes comunitários não são apenas *elos* de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, no sentido de ser um veículo de comunicação, mas sim *laços*, quando a relação predominante é fundamentada no respeito e no diálogo.

Por serem moradores da comunidade, os ACS compartilham os mesmos problemas da população, e desse modo convivem com situações nas quais a pobreza, as condições de vida e as

diversas formas de violência são fontes de sofrimento constante. Em muitos casos constata-se que os ACS, apesar de serem moradores das comunidades onde atuam, possuem uma condição de vida melhor do que parte dessa população. Seu trabalho faz com que eles entrem em contato com as condições de vida de moradores de suas comunidades, que até então desconheciam. Seus relatos apontam para o sentimento de preocupação e perplexidade diante do grau de miséria e pobreza que vivem alguns desses moradores (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

No seu dia-a-dia, os sujeitos vivenciam diferentes tipos de aflição que podem estar relacionados à saúde física e mental; à precariedade do trabalho ou má remuneração; à falta de saneamento e condições dignas de moradia; à fragilidade dos relacionamentos sociais e à desorganização familiar, e buscam respostas para essas aflições procurando médicos, curandeiros, instituições religiosas, entre outros (FRY; HOWE, 1975), na perspectiva de terem seus problemas solucionados. Nosso interesse aqui é pela busca religiosa, que por sua vez pode ser entendida como uma das estratégias das classes populares no enfrentamento dos problemas e impasses do cotidiano e alívio para o sofrimento (VALLA *et al.*, 2005; GUIMARÃES *et al.*, 2005).

Ao se buscar a religião como fonte para aliviar a aflição ou sofrimento, é notória a grande oferta de instituições religiosas, mas é visível a busca das classes populares pelas igrejas pentecostais e neopentecostais. Diversos fatores podem ser determinantes na vinculação dos sujeitos a uma determinada religião, e para Fry & Howe (1975), tanto a umbanda quanto o pentecostalismo têm como uma de suas características a conversão de seus membros em momentos de crise, o que os leva a afirmar que essas duas religiões “se opõem às demais no seu modo de recrutamento, que é feito geralmente através da aflição” (FRY; HOWE, 1975, p. 75).

A filiação dos sujeitos às igrejas pentecostais e neopentecostais em momentos difíceis de vida se confirmou na pesquisa. A adesão religiosa dos ACS entrevistados foi motivada por diversas circunstâncias. Alguns freqüentavam as igrejas evangélicas desde criança, por influência da própria família, mas em geral observamos que o momento que antecede a adesão costuma ser precedido por uma situação de crise, um tipo de sofrimento e aflição relatado como

uma sensação de vazio existencial ou como se estivessem no “fundo do poço”, seja em função das precárias condições de vida, problemas de saúde na família, alcoolismo e uso de drogas, envolvimento de entes queridos no tráfico de drogas e outras atividades ilícitas – ou seja, “uma vida cansada, uma vida temida, uma vida desgraçada que muitos têm” (relato de um pastor entrevistado na pesquisa).

Após a adesão a uma religião específica, os fiéis passam por um processo de inserção a essa religião que, no caso dos pentecostais e neopentecostais, requer largar o vício ou o consumo – de cigarro, álcool e outras drogas – e entrar em conformidade com todos os preceitos exigidos pelas igrejas, tais como não ter uma vida desregrada, não trair o cônjuge, só manter relações sexuais após o casamento, e outras que são exigidas para que a conversão possa se dar.

Embora a busca pelas igrejas seja uma opção individual, motivada pela presença de um individualismo crescente na nossa sociedade, é freqüente a formação de redes sociais nas quais os fiéis passam a se ajudar mutuamente e encontram um sentimento de pertencimento e maior sentido de vida, sobretudo diante de tanta miséria e opressão. Dentro dessa possibilidade de se fortalecer os laços sociais, alguns ACS falam das amizades conquistadas e dos vínculos de confiança estabelecidos com outros membros da igreja:

[...] e comecei a contar da minha experiência com Deus, como eu fiz para me apegar. Uma coisa fundamental foi a amizade que Deus pôs, a amizade confiável. Não é daquelas amizades que vêm, que quer saber o que houve, e depois sai contando por aí. É amizade que permaneceu ali comigo até o fim, até hoje.

Nas igrejas constroem-se relações de solidariedade ao compartilhar problemas semelhantes, já que, segundo a fala de um dos ACS entrevistados, “quando alguém passa por uma situação igual, eu tenho essa experiência para contar e dar força para outra pessoa”. Diante de situações difíceis, parece também existir uma compreensão de que o cristão consegue entender o que os demais vivem porque ele tem fé em Deus, confia na solução dos problemas, e compartilha, além de crenças, semelhantes visões de mundo:

É muito difícil para as pessoas não-cristãs entenderem esse problema. É muito fácil para você chegar para uma pessoa não cristã e falar: “meu marido me trai” [e a pessoa responder]: “Larga ele,

boba! Arruma outro”. Não querem saber que você tem um sentimento por aquela pessoa.

A fé é um valor importante para esses fiéis, e pode ser visto como um dos bens intangíveis circulantes nas redes sociais e que norteia a busca por cuidado à saúde. Isso fica evidenciado em diversos relatos, como, por exemplo, o caso da filha de um ACS que se encontrava doente:

[...] Ela teve uma febre, parou de urinar. Parou de beber água [...]. A minha cunhada falou: “Você leva essa menina para a emergência”. Eu disse: Não. Eu vou para a igreja porque eu quero saber o que é a fé que todo mundo fala.

A partir da adesão, os fiéis passam a perceber e a ressignificar as situações vivenciadas de uma maneira própria. Por meio de códigos compartilhados entre si e do sentimento de pertencimento, o trabalho dos ACS também passa a ter um novo significado. Isto pode ser explicado pelo fato de que para aqueles que são convertidos a uma religião, a vida é reconstruída dentro desse sistema de crenças e inserida em uma visão de mundo sagrada, onde o espiritual e o material não são separados (CESAR; SHAULL, 1999). Compreende-se dessa forma que o trabalho, como parte intrínseca da vida desses ACS, também assume uma esfera sagrada e sobrenatural.

### O trabalho dos agentes comunitários de saúde

Para os ACS entrevistados, a realização de um preparo espiritual por meio da oração, antes de sair para o trabalho, torna-se pré-condição que visa a garantir um bom desempenho profissional, pois eles têm consciência de que lidam com diferentes sujeitos e seus sofrimentos, e que a dimensão intersubjetiva está sempre colocada:

Então, antes de sair da minha casa eu peço, sim, que o Senhor me proteja, que ele selecione o meu trabalho porque eu lido com seres, eu lido com vida e cada casa que eu entro é um problema. Aí eu peço ao Senhor que ele me prepare para que eu chegue ali e tenha o que dar, que eu possa ajudar essa família. [...] Eu creio que Deus pode fazer, através da minha oração, da minha fé, abençoar aquela família também, porque eu sou uma abençoadora.

Os ACS se sentem mais fortalecidos por meio da freqüência a cultos religiosos e das orações, o que os permite sentir-se mais prepa-

rados para lidar com a diversidade e complexidade do seu trabalho:

Primeiro a gente ora, pede a Deus sabedoria. Porque a gente tem que ter muita sabedoria, porque cada casa que a gente entra é um tipo de família diferente, a gente pede a Deus para proteger, para gente pronunciar palavras que não venham magoar as pessoas. Porque têm muitas pessoas de classes diferentes. Têm pessoas de pouco estudo, pessoas que têm mais estudo... É muito dividida.

Embora a oração tenha papel central na vida dos fiéis, constatamos, no grupo entrevistado, um certo cuidado prudente ao lidar com a população, respeitando as diferenças de valores e crenças. Um exemplo é que eles relatam que a oração só deve ser feita se a família quiser e permitir: “Hoje em dia tem gente que pede para a gente orar por ela [...]. Tudo é o pedido. Eu não posso invadir a casa da pessoa e sair orando. Eu não posso fazer isso. Só se ela permitir. Ela tem que querer.”

Por sua vez, há também relatos de casos em que eles oferecem ajuda por meio de orações e o morador se recusa a aceitar, como mostra esta fala do ACS: “Ofereci um pouquinho daquilo que eu sempre tenho. Ela não aceitou. No momento eu fiquei mesmo chateada, mas depois eu... ‘Carece, meu Deus?’. É o inimigo que não quer deixar ela enxergar. Aí eu comecei a orar de longe”.

Apesar de alguns técnicos expressarem a preocupação com o fato de os ACS serem evangélicos pentecostais e neopentecostais, entendendo que a adesão a essas religiões poderia trazer problemas no lidar com a população – como, por exemplo, a recusa a visitar as casas de famílias que são centros de umbanda ou de candomblé – observamos nesse grupo de entrevistados que esse pensamento não procede. Assim, ao serem perguntados sobre como reagem quando eles têm que entrar em casa de pessoas pertencentes a outras religiões, obtivemos a seguinte resposta:

Eu tenho uma família, que na entrada da casa tem um bode. O bode me adora. Tem uma cobra, tem um peru. Onde eu rodo o peru está do meu lado. Não me incomoda em nada. Quando eu chego tem lá a casinha deles. Eu não vou chegar: “Olha só: aqui tem macumbeiro?” Não, gente, cada um com seu cada um.

E ele prossegue a fala:

Quando eu chego lá é uma alegria, eles me recebem muito bem. Tem um pé de manga que tem de tudo plantado. “Ó, quando der manga eu te dou”. “Pode mandar.” E tudo bem. Mas há um respeito. Ele tem lá a religião dele e eu tenho a minha. Agora se eles me pedirem a minha opinião, eu dou. Está entendendo? Mas fora isso, não. Não é por isso que a gente vai deixar de amar o nosso irmão porque ele é assim, porque ele é assado. Nada disso. Por isso é que esse mundo está assim. As guerras lá fora são por quê? Por causa de religião. É um absurdo. Quem faz a nossa vida é Deus.

Dentro dessa linha de raciocínio, os ACS apontam para a importância de se respeitar a opção religiosa dos sujeitos e sinalizam que não devem dizer à família que vão fazer uma oração para eles. Apesar dessa postura, eles assumem que interiormente crêem que suas orações possam ter efeito benéfico para a família: “Eu não vou dizer para família: ‘Vou te fazer uma oração’. Não. Primeiro que eu tenho que respeitar essa família, a crença dela. Mas eu creio que através da minha oração, Deus já começa trabalhar. Isso é certo”.

Essas questões nos remetem à postura ética do profissional, o que foi relatado espontaneamente pelos ACS como sendo de fundamental importância, no sentido de que eles não podem e não devem interferir na vida do morador:

[...] porque o agente de saúde é um pouco psicólogo, médico, amigo. Ele é um pouco tudo. Só não pode se meter na vida do paciente. Ele tem que ouvir e observar. Tem coisas que ele não pode perguntar. [...] Nem tudo ele pode perguntar. Porque se ele perguntar, ele bota tudo a perder. Tem coisas que só com uma olhada, ele já observa como é o ambiente.

No que se refere ao processo de saúde-doença-cuidado, a adesão dos ACS às igrejas pentecostais e neopentecostais nos leva a sugerir que eles passam a ter determinada compreensão da saúde e do adoecimento, dentro de uma perspectiva em que acreditam que as curas tratam de males que geralmente não são físicos, mas que se localizam na esfera espiritual com repercussões psicossomáticas, onde a resolução não passa por medicamentos (CORTEN, 1996), mas pela oração e reflexão espiritual. Tal compreensão, por sua vez, vai interferir na busca de cuidados à saúde, ou seja, nos seus itinerários terapêuticos, assim como na integralidade do cuidado das suas práticas.

Os ACS dessas religiões evangélicas distinguem a doença do corpo, ou seja, material, da doença da alma, de natureza espiritual, e seu olhar nas visitas domiciliares vai estar imbuído dessas representações sobre a saúde e a doença.

O agente comunitário de saúde evangélico, que acredita em Deus, quando chega na casa de uma pessoa, ele detecta quase todos os tipos de problemas – material, pela experiência que ele já tem como agente de saúde, e espiritual. Ele pode detectar que aquela doença pode ser espiritual também.

Eles entendem que as doenças no corpo físico também podem ser causadas por problemas de outras ordens: psicológicas ou espirituais; e algumas vezes recorrem a soluções que denominam de “sobrenaturais”, como orações pela cura das pessoas. Essa cura, no seu imaginário, pode representar não só a cura da doença física, mas também a cura da alma, do espírito.

A pessoa está tão fincada no problema, aí vem uma dor de cabeça, uma dor nos rins, vem um câncer. Mas aquilo tudo é uma doença que ela está absorvendo dos problemas. Desde o momento que você encontra uma solução para liberar esse problema e tenta resolver de uma maneira sobrenatural, que não te atinja, que você não se machuque, é a melhor coisa.

Por terem essa visão ampliada e integral do ser humano, os ACS evangélicos podem interferir no itinerário terapêutico do usuário, no sentido de que são capazes de perceber quando a doença física está acobertando um problema de outra dimensão existencial. Nesse sentido, a partir do diálogo e de uma conduta individualizada específica a cada encontro, eles, em alguns casos, interferem no processo terapêutico do usuário, encorajando-o a refletir acerca de sua doença e a buscar as causas que estão ocasionando seus problemas de saúde. Isto, em certo sentido, complementa o atendimento médico oferecido pelo sistema público de saúde, pois não se restringe à doença física, mas busca uma atenção integral de acordo com as necessidades de cada morador visitado. Constroem, assim, um projeto terapêutico junto com o usuário, voltado para atender às demandas de saúde colocadas por sua clientela, e sintonizado com o contexto específico de cada encontro e de cada sujeito (MATTOS, 2004).

Alia-se a isto o fato de que, em geral, a visão religiosa – pentecostal e neopentecostal especialmente – se insere numa perspectiva otimista da vida, em que os fiéis são encorajados a ter controle sobre suas vidas e a buscar a solução dos problemas através do “empoderamento” pessoal, na condição de todos serem filhos de Deus.

Nesse sentido, torna-se relevante trazer o relato de um ACS em relação a uma paciente poliqueixosa, muito dependente desse profissional, dos médicos e dos medicamentos. Conforme este trabalhador foi adquirindo mais intimidade com a moradora, começou a encorajá-la a tentar tirar as doenças da cabeça dizendo: “fala com a doença, que você pode ter ela, mas ela não pode te ter, ela não pode te dominar”. A paciente, então, relatou que todos os familiares não ligam mais para ela, dizendo que “se eu ficar doente, todo mundo vai vir me ver”. O ACS compreendeu qual a estratégia que estava por trás dos problemas de saúde da paciente e tentou contribuir para a reversão da situação, da seguinte maneira:

Mas a senhora tem que pedir a Deus para tirar esse veneno que está afastando sua família de você. Vamos orar pra senhora. E começamos orar ali, eu e ela. Voltei lá no outro dia, oramos, voltei no outro dia, oramos e quando foi na 2ª feira eu falei assim: “E aí, D. Teresa, e os filhos?” Ah, meu filho teve aqui, me deu até presente”. Eu falei assim: “Oh, benção! Oh Glória! Oh Jesus! Obrigada Senhor! E a dor?” Sumiu.” E era tudo espiritual. Então se a gente não tiver uma reflexão de tudo o que acontece ao nosso redor através da palavra de Deus, a gente só se perde.

A atitude tomada por esse ACS pode ser compreendida na perspectiva da integralidade, no sentido de que o profissional teve uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da usuária, adequando o que ele podia oferecer no contexto específico da situação em que ambos se encontravam (MATTOS, 2004).

Para os ACS entrevistados, uma das formas de se perceber se o problema é espiritual pode estar associada ao excesso de sujeira e desordem presente na casa, que um olhar atento pode ser capaz de registrar: “Eu chego numa casa, vejo aquela casa toda em miséria, pobreza, sujeira... Aquilo ali é espiritual... Falta de Jesus. [...] Aí você detecta aquela sujeira”.

A esse respeito, Monteiro (1985) relaciona a doença espiritual à noção de desordem que se manifesta no corpo físico, mas também no corpo social e espiritual. A associação entre doença e desordem é compreendida pelo fato de que a doença afeta, de um modo geral, o vigor moral, a vontade pessoal e o fluxo da energia cotidiana. De acordo com a autora, a doença espiritual pode vir a tornar-se doença quando o corpo sofre uma ação prolongada e desordenada das forças sobrenaturais, debilitando as funções vitais.

A participação nos cultos pode ser uma forma de tentar se reorganizar e se reestruturar diante das adversidades, e, desse modo, buscar um cuidado integral para si próprio e seus entes queridos, pois na igreja se sentem cuidados física e espiritualmente. Assim sendo, é comum os relatos de situações de adoecimento que, durante seu itinerário terapêutico, procuram a igreja antes do serviço de saúde. Um ACS nos fala de sua filha que tinha tido uma crise convulsiva e refere:

Ia atrás de um carro para poder levar minha filha para o hospital, mas antes eu passei na igreja. Tinha um irmão orando, eu pedi a ele que orasse pela minha filha naquele momento. “Irmão, por favor, faz uma oração aqui pela minha filha e depois sigo o caminho”.

Essa busca pela igreja, pela oração, antes de um atendimento médico, até mesmo em situações percebidas como sendo de emergência, tem significado dentro de uma lógica própria dessas religiões de que a cura das doenças vem após a oração. No entanto, também pode ser pensada em função dos médicos, e dos serviços de saúde em geral, se voltarem para tratar sintomas específicos, enquanto as instituições religiosas buscam oferecer soluções para as aflições em geral (FRY; HOWE, 1975).

### Considerações finais

A adesão religiosa dos ACS pode ser entendida como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde e das adversidades da vida, tendo em vista que as classes populares vivem em estado de emergência permanente (VALLA, 2000), o que, por sua vez, pode levar ao sofrimento e aflição constantes da população. Nos cultos, no compartilhar com outros cristãos, os ACS se sentem cuidados e fortalecidos para exercer seu trabalho, pois a autoconfiança e a crença de

terem sido escolhidos e estarem sendo orientados por Deus aparecem como forças propulsoras que impulsionam um protagonismo inédito no âmbito individual, coletivo e comunitário (LIMA; VALLA, 2005).

Na reorientação dos cuidados em saúde, vimos constatando que a dimensão emotiva, do afeto e do comprometimento dos agentes de saúde em relação aos problemas dos usuários tem tido mais eficácia do que a dimensão racional e lógica da palavra (VASCONCELOS, 2006). Através da compaixão sentida, da sensação da presença de Deus e da fé, o crente vê sua vida de outra maneira (CORTEN, 1996). O ACS religioso, ao realizar seu trabalho de integralidade na atenção e cuidado à saúde dos moradores, não restringe seu olhar aos aspectos físicos da doença, mas a redimensiona num novo contexto, que compreende a enfermidade como uma provação que coloca ao paciente a possibilidade da reflexão acerca dos conflitos morais, afetivos e psicológicos (MARIZ, 1994), que podem estar na base dos problemas de saúde de sua clientela.

### Referências

- CESAR, W.; SHAULL, R. *Pentecostalismo e futuro das igrejas cristãs*. Promessas e desafios. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CORTEN, A. *Os pobres e o Espírito Santo*. O pentecostalismo no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1996. 285p.
- FRY, P. F.; HOWE, G. N. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo. *Debate à crítica*, n. 6, p. 79-94, 1975.
- GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Coords). *Os impasses da pobreza absoluta*. Relatório da Pesquisa “Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica – Uma proposta de ouvidoria coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro”, apresentado à Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>
- LIMA, C. M.; VALLA, V. V. Religiosidade popular e saúde. *Caderno de Educação Popular*. Rio de Janeiro, 2003.
- \_\_\_\_\_. Religiosidade popular e saúde: fome de que? IN: Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, 5. 2005, Bauru, *Anais...*. Bauru: ENPEC, 2005.
- MARIZ, C. Alcoolismo, gênero e pentecostalismo. *Religião & Sociedade* Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 1994.
- MARTINS, J. S. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: *Caminhada no chão da noite*. Hucitec: São Paulo, 1989.
- MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set.-out. 2004.

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

MONTERO, P. *Da doença à desordem: as práticas mágico-terapêuticas na Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

RAMALHO, J. Desafios do pentecostalismo. *Ensino Religioso*, junho 2000.

SILVA, R. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 75-90.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L.; LACERDA, A. A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 267-291.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 103-117.

VALLA, V. V. Procurando compreender a fala das classes populares. In: \_\_\_\_\_ (Org). *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 39-57, 1998.

\_\_\_\_\_. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-157.

## O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais de saúde

OCTAVIO BONET

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES

Este texto teve sua origem em uma frase que contém uma proposta e uma pergunta: “busca por cuidado como um condicionante de saúde: é possível considerar a escolha do usuário na redefinição das ações de saúde?”. Podemos ver várias questões dentro dessa frase: em primeiro lugar, a questão propõe uma mudança de perspectiva, o interesse se centra na escolha do usuário; em segundo, incluímos os conceitos de cuidado e de saúde que lidam com perspectivas de diferentes graus de abrangência e, finalmente, nos deparamos com o conceito-problema: condicionante de saúde. A resposta não é fácil. Exige um rodeio.

O objetivo do texto é mostrar como podemos duvidar da proposta da frase, pelo fato de que a idéia de condicionante de saúde é problemática, mas torna-se necessário responder afirmativamente à pergunta. Porque justamente da consideração da escolha do usuário é que podemos pensar na inclusão da idéia de cuidado e em redefinir as ações de saúde. Começaremos pelo terceiro ponto.

### A idéia de “condicionantes sociais” como um trabalho de purificação

A utilização de termos como “determinantes” ou “condicionantes” sociais ganhou visibilidade a partir dos anos 90, principalmente através dos trabalhos de Tarlov (1996). No seu modelo, Tarlov diferenciava quatro categorias de determinantes sociais, as relacionadas ao sistema de saúde, aos fatores genéticos e biológicos, ao comportamento individual e ao contexto social em que a vida transcorre. O

que se destacou nessa nova orientação foi a proeminência concedida às condições sociais como referência para as políticas de saúde.

A questão da saúde das populações passou por um processo de “alargamento” no que diz respeito não apenas à busca por melhores “resultados” de políticas específicas, mas também uma redefinição dos próprios termos do conceito, especialmente se considerarmos seu imbricamento com a especificidade das condições de vida das populações a que é dirigida. Nesta perspectiva “populacional”, a questão dos condicionantes sociais de saúde está estreitamente relacionada a duas temáticas centrais da agenda do final do século passado e da atual: a questão das desigualdades de saúde e da equidade no acesso à saúde. Assim, se faz necessário produzir políticas que operem sobre os condicionantes sociais de saúde para melhorar as condições de saúde das populações. Esse é o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde operacionalizado através das Comissões Nacionais de Determinantes Sociais de Saúde.

Os objetivos dessas comissões nacionais são promover a produção e circulação de conhecimento relativo aos condicionantes sociais de saúde, através do debate acadêmico e da mobilização da sociedade civil. Essas ações têm que derivar na confecção de políticas de saúde fundadas na idéia da equidade e de ações sobre os determinantes sociais. Como o objetivo está na produção de políticas eficazes para cada região, faz-se necessário identificar os diferentes contextos sociopolíticos e os mediadores que operam neles.

Num texto publicado no *site* da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, Solar e Irwin (2005) propõem um modelo para operacionalizar a construção das políticas baseadas nos conceitos de equidade e determinantes sociais. Levando a sério o desejo dos autores quando expressam que “o formato atual do ensaio é um *rascunho inicial*. Seu objetivo é abrir um debate, e não, fornecer respostas definitivas” (SOLAR; IRWIN, 2005, p. 4 – grifo no original), utilizaremos esse rascunho como um texto “bom para pensar”.

Quando o foco se centra nas condições sociais, passamos a um outro plano de mensuração no tratamento das questões da saúde: de um lado, seria preciso avaliar em que medida as “causas sociais” se relacionam com as políticas de saúde, maximizando ou minimizando suas intenções manifestas; de outro, a relação entre a eficiência da

política em questão e a experiência do adoecer. O cenário se complexifica enormemente não apenas pelo escopo das dificuldades que se tem pela frente, mas também pelo crescimento da heterogeneidade dos mediadores (no sentido latouriano) aí envolvidos.<sup>1</sup> Já não podemos falar apenas de indicadores gráficos oriundos de sistemas de informação altamente complexos para a avaliação de políticas públicas, mas também da necessidade de incorporação de novos instrumentos de mensuração que possam indicar a qualidade do atendimento e a percepção do usuário, por exemplo. Assim, talvez a primeira questão que tenhamos que incorporar em nossa reflexão sobre as relações entre o cuidado em saúde e o problema dos “condicionantes” é que, ao centrarmos nossa atenção exclusivamente neste último, podemos perder de vista duas questões importantes.

Em primeiro lugar, a dinâmica da heterogeneidade dos mediadores implicada na rede de cuidados da saúde: a eficiência de um sistema de saúde passa por uma enormidade de procedimentos que não podem ser delimitados em subsistemas com competências específicas. O treinamento de profissionais habilitados para o exercício de suas funções imbrica-se com o árduo trabalho de lidar com os imponderáveis da gestão cotidiana do trabalho: problemas de falta de recursos, relações humanas, interferências políticas, “brechas” e “desvios” nos procedimentos-padrão, enfim, sabemos que a lista é bem mais extensa. Aliado a esses problemas, que costumam ser tratados como “internos” ao sistema, sua interface é necessariamente realizada com o que chamamos de usuário-situado, complexificando toda a problemática da clássica relação médico-paciente.

É o que temos observado em pesquisas anteriores, ao analisarmos os desafios implicados numa gestão territorializada da saúde (como é o caso do ESF), que tem que conviver, na prática, com outros mediadores do cuidado disponíveis, como por exemplo, as redes familiares e/ou de vizinhança e os agentes terapêuticos religiosos (BONET; TAVARES, 2006 e 2007; TAVARES; BONET, 2008). Essa convivência pode ser proveitosa em inúmeras situações no cotidiano das equipes de saúde, mas também costuma ser assimilada como “ruídos” que tenderiam a dificultar a eficiência do trabalho.

<sup>1</sup> O conceito de mediador será desenvolvido na última seção deste texto.

Quando o sistema de saúde reconhece apenas uma parcela desses mediadores como legítima – mediadores “não previstos”, que sempre estão presentes em qualquer dimensão que perfaz o que chamamos de “social” – estes acabam sendo incorporados (muitas vezes à sua revelia), no intuito de serem “controlados” nos termos do sistema: os “condicionantes” não configurariam uma exceção a essa lógica.

Em segundo lugar, e como consequência do que foi exposto acima, o problema dos “condicionantes” pode nos levar a priorizar apenas uma “entrada” possível de reflexão sobre o sistema de cuidado à saúde, na medida em que inibe a emergência de outras compreensões de saúde com diferentes agenciamentos sobre os corpos. Pois uma dimensão crucial do problema que os “condicionantes” deixariam “de fora” seria a positividade “encorporada” (como *embodiment*) da experiência do adoecer, no caso aqui tratado, do usuário.

Pode ser argumentado que essa perspectiva do usuário está incluída na perspectiva dos condicionantes, a partir do momento no qual Tarlov expõe como uma das categorias o comportamento individual, ou quando na experiência da política de condicionantes em saúde na Suécia, a metade dos condicionantes é associada ao comportamento individual (*apud* IRWIN; SCALE, 2005b). Mas quando Irwin e Scale (2005b) começam analisar os atores “aliados” que uma política baseada nos determinantes de saúde iria encontrar, a figura do usuário aparece subsumida na categoria de “sociedade civil”. Esse movimento de coletivização se fundamenta no pressuposto de que

a população não é meramente uma coleção de indivíduos. As causas da má saúde se agrupam em padrões sistemáticos e, além disso, os efeitos sobre um indivíduo podem depender da exposição sobre os outros indivíduos, e de suas consequências [...] Quando se trata de determinantes sociais, queremos compreender como as causas dos casos individuais estão relacionadas às causas de incidência das populações. (IRWIN; SCALE 2005b, p. 5).

Assim, podemos perceber uma tensão entre um interesse populacional, que se manifesta no objetivo de construir políticas para atingir as causas que ocasionam a diminuição da saúde de uma população, e a idéia de que existem causas individuais.

Essa tensão se manifesta também na relação proposta entre as idéias de “oportunidades de saúde”, “teoria do poder” e “livre

escolha” do usuário. A relação é a seguinte: a política de saúde baseada na idéia de equidade e de determinantes de saúde tem que igualar as “oportunidades de saúde”, mas não o “*status* de saúde” (ou o estado da saúde), porque este último depende das escolhas individuais. Assim, “diferenças decorrentes das escolhas livres feitas por um indivíduo são aceitáveis” (IRWIN; SCALE, 2005b, p. 6). Mas, dizem os autores, a “liberdade” dessa escolha individual pode ser questionada porque é “moldada por forças sociais que estão muito além do controle do indivíduo” (IRWIN; SCALE, 2005b, p. 8). Esta última afirmação nos leva à questão da “teoria do poder” que todo modelo de equidade em saúde deve incluir – ou seja, como se aloca as diferenças de poder e renda nos estratos sociais dentro de determinada sociedade e como essas diferenças limitam ou potencializam os indivíduos.

Vemos explicitamente que, como o interesse está na produção de políticas populacionais, a idéia de escolha individual cria uma variabilidade difícil de introduzir nos modelos propostos para a construção dessas políticas. Neste sentido, podemos argumentar que nos modelos de determinantes sociais de saúde as causas são coletivizadas, derivando numa perspectiva de cima para baixo que exclui não só a percepção que o usuário tem desses determinantes, mas a percepção de quais são os determinantes da sua saúde. O nosso argumento recai, portanto, sobre a questão da heterogeneidade: heterogeneidade de mediadores, por um lado; heterogeneidade num mundo contínuo de modos de ser e de estar, por outro. Tratemos, então, da primeira dimensão.

No livro *Jamais fomos modernos* (1994), Bruno Latour argumenta que o funcionamento do dispositivo da modernidade tem como consequência a produção de quase-objetos ou híbridos, mas que parte desse funcionamento reside na permanente negação dessa produção. Esse funcionamento põe em relação dos tipos de trabalho: um primeiro que ele chama de *purificação*, que tem como objetivo separar os domínios e um segundo, chamado de *tradução*, que mistura, que hibridiza. Segundo o argumento de Latour, os modernos tendem a acreditar que através do primeiro criam-se os objetos do mundo e, através do segundo tipo de trabalho, criam-se os quase-objetos. O primeiro tipo de trabalho é glorificado, o segundo é negado.

Uma importante consequência desse dispositivo da modernidade foi a criação das disciplinas profissionais e os campos do saber especializado (esse é o fruto do trabalho de purificação). Sistemas competentes que, em suas práticas, mobilizam os híbridos através de mediações sucessivas para, ao final do processo, excluir, numa espécie de “esquecimento” necessário, o trabalho das transformações mediadas que são produzidas.

Em trabalho recente, Latour (2006) aprofunda e sistematiza a discussão acerca da centralidade dos mediadores para a própria “amarração” do social, tratado como aquilo a ser compreendido e não como ponto de partida das nossas investigações. Assim, é através da investigação do trabalho dos mediadores que poderemos acessar as configurações – necessariamente heterogêneas – de que se reveste o social. São eles que transformam, que criam, que viabilizam a própria tessitura do mundo vivido, mas também eles são heterogêneos: a formatação dessa cartografia irá variar conforme o tipo de mediação (ou poderíamos dizer “calibragem”) que está sendo produzida.

Latour (2004, p. 350) aborda essa diferença dos mediadores nos termos do que ele designa por “regimes de enunciação” ou das “condições práticas do ‘dizer a verdade’”, querendo chamar a atenção para a questão das diferenças no mundo. Ao invés de costumeira posição relativista de que se trata de diferentes pontos de vista sobre o mundo, aqui se abrem novas perspectivas com consequências bastante poderosas: trata-se de múltiplas formas de *façon mundos*. Os agentes, humanos ou não-humanos, não são meras vítimas de um processo que nós, pesquisadores, olhamos estarecidos ou resignados; agora que curiosamente podemos reconhecer, com perplexidade, que as mudanças costumam passar ao largo de nossas mais convictas previsões.

Parece-nos, portanto, que tratar da eficácia da rede de cuidado em saúde centralizando o foco na questão dos “condicionantes” como algo externo que provoca interferências na otimização do sistema não traduziria a melhor perspectiva para se avaliar seus problemas e buscar soluções. Os “condicionantes” e o “sistema” são igualmente atravessados por mediações, devendo ser pensados nos termos de suas relações necessariamente imbricadas. Mas é preciso ter cuidado com o conceito de “relação”, pois não estamos falando de qualquer “re-

lação”: não aquela compreendida nos termos de causalidade ou de oposição entre semelhantes, mas de relações que podem comportar linhas de fuga, fazendo da divergência e da distância modalidades relacionais possíveis (VIVEIROS-DE-CASTRO, 2007).

Abordar novas formas de se pensar a diferença nos leva ao segundo ponto: a questão da heterogeneidade num mundo contínuo. Num texto instigante, Otávio Velho (2007) parte de um argumento de Ingold para dialogar com Latour a propósito das diferenças entre os mediadores. O mote inicial que o autor mobiliza é a discussão sobre a percepção da diferença, que não deveria ser tratada como uma questão de pensamento, mas como uma “atividade da pessoa toda” (2007, p. 347). Recuperando a idéia de Latour, de que diferenças são criadas e não constatadas, Velho problematiza as velhas questões da identidade, comumente pensada em termos de semelhança (nós) *versus* oposição (eles). Nós sempre pensamos que por detrás das diferenças (muitas vezes tidas como incomensuráveis) devemos artificialmente (por mecanismos de purificação) reconstituir uma continuidade possível do mundo. Mas essa seria nossa forma de pensar relações. Em outros termos: a continuidade não deve supor uniformidades ou invariâncias, mas um “sentido variável de pertencimento das pessoas em um mundo contínuo” (2007, p. 347). Por fim, reivindicando uma linhagem de pensamento que remonta a Bateson, o autor retoma o primado da relação sobre as coisas num mundo em que as mediações é que atravessariam (e por que não fariam?) a diferença entre coisas e palavras. Um mundo, como lembra o autor, retomando Latour – e, poderíamos acrescentar Roy Wagner (1981), que melhor sistematizou essa questão –, sem referente externo.

O que fazer, então, com as questões da diferença e dos mediadores? Valendo-nos ainda da reflexão que Otávio Velho nos oferece de Latour nesse texto, devemos nos concentrar minuciosamente nas cadeias de mediadores que fazem o mundo ser possível, nas pequenas e contínuas diferenças que são aí produzidas, mas que geram efeitos gigantescos ao final do processo: uma sucessão de pequenas diferenças que faz toda a diferença:

[...] buscamos uma postura de pesquisa holística, sem reducionismos cosmológicos, cognitivos ou outros. Uma postura que não aceite nem incomensurabilidades irremovíveis, nem

compartilhamentos absolutos (de códigos, por exemplo) que excluem um trabalho de tradução-com-pequenas-traições. Isoladamente, o argumento cosmológico, assim como qualquer outro, não é decisivo. Fora uma economia do ou/ou é possível incluir tudo e todos [...] (VELHO, 2007, p. 353).

### Da saúde para o cuidado: mas ainda o problema dos “condicionantes” no âmbito do ESF

Passemos, então, à segunda dimensão do problema que remonta à pergunta inicial do texto e que diz respeito à problematização dos conceitos de saúde e cuidado. O objetivo desta seção é argumentar que a idéia de “condicionantes” tem sido importante para planificar as ações de saúde, mas ela pode delinear, na forma de um contrafeito não previsto, o próprio limite de intervenção do sistema. Para explicitar esses problemas, vamos tomar como referência empírica o contexto do ESF. Em que medida observações etnográficas podem questionar os “condicionantes” (afinal, pode-se perfeitamente “acusar-nos” da pitoresca posição antropológica de sempre se colocar “de fora” dos problemas) e ao mesmo tempo, não produzir uma reflexão “apenas” desconstrutivista?

Para isso, precisamos primeiro compreender a extensão do deslocamento que se produziu no âmbito da concepção de saúde proposta pelo então PSF. A idéia de uma nova formulação da atenção à saúde em direção ao cuidado ampliado foi o que moveu a implementação desse programa:

o PSF enfatiza as ações de amparo e prevenção para a saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sãs ou doentes, de forma integral e contínua [...] promovendo uma atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor saúde, que aponte para um novo paradigma: a qualidade de vida (*apud* VASCONCELOS 1998, p. 156).

Esse movimento de ampliação estava atrelado à idéia da implementação de uma clínica ampliada que abriria espaço para as dimensões singulares e subjetivas do adoecer humano e que incluiria novos agentes terapêuticos (FAVORETO, 2002). Deste modo, o PSF foi pensado para reformular o contexto onde são estabelecidas as relações entre os agentes de saúde e os usuários, procurando

superar a percepção “tradicional” da prática médica que intervém sobre o indivíduo abstrato. Buscou-se complexificar esse modelo reconhecendo esse indivíduo enquanto situado no mundo: “O desenho da política do Programa de Saúde da Família introduz na prática médica a variável ‘comunidade’, a partir do núcleo familiar.” (FONTES, 2004, p. 129).

Se considerarmos que a inclusão dessas novas dimensões do cuidado (o que implica levar em conta as redes de sociabilidade do público-alvo, compreendendo outros saberes e diferentes agentes terapêuticos) deveria resultar numa melhora no atendimento das populações, podemos afirmar que a implementação da atual ESF teria impacto nas desigualdades encontradas dentro do sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 1999; LUCHESE, 2003). Em outras palavras, essas mudanças teriam que produzir um aumento da equidade interna do sistema, diminuindo as diferenças desnecessárias e evitáveis e alocando recursos financeiros e humanos onde são mais necessários. A equidade nos cuidados de saúde atua, assim, equilibrando um dos diferentes aspectos que contribuem para a desigualdade dentro do sistema (SENNA, 2002).

A equidade, portanto, é um problema central nesse contexto de ação para o cuidado, o que torna plenamente justificável a problematização dos “condicionantes” como forma de corrigir os possíveis “desvios” que interferem na eficiência do sistema de saúde. Mas uma percepção dos “condicionantes” já está presente no trabalho das equipes do ESF de forma ambígua, mobilizando intensamente seu cotidiano de busca de resoluções para problemas que se encontrariam além dos limites de sua intervenção. Observamos que eles costumam ser traduzidos pela metáfora da “doença social”.

No âmbito do ESF, percebemos essa ambigüidade de forma mais aguda entre os agentes comunitários de saúde (ACS): o hibridismo que atravessa a identidade desse profissional, aliado à importância do seu papel de mediação no cuidado à saúde faz com que eles vivenciem mais intensamente essa “doença social”, isto é, os problemas pessoais, familiares e financeiros que atravessam essa rede. Na prática cotidiana, a viabilização do cuidado depende da habilidade do cuidador em reconhecer e mobilizar um número considerável de mediadores (dentre eles, os “condicionantes”), como é

explicitado na fala de uma agente: “a maioria das doenças que nós temos é doença social”.

Nas visitas domiciliares feitas pelos ACS, os usuários encontram uma oportunidade de conversar. Na maioria das vezes as conversas não abordam assuntos relacionados à saúde, mas questões de trabalho, de relacionamento familiar e de vizinhança. Os ACS costumam lidar de forma diferenciada com essa expectativa do usuário. Alguns transformam as conversas numa estratégia para colher informações sobre a vida do usuário que possam ajudar na compreensão de seus problemas de saúde; outros consideram as conversas importantes para que os usuários possam desabafar, aliviando suas angústias ou preocupações; há aqueles, ainda, que não consideram a conversa com usuário parte do seu trabalho e por isso desenvolvem estratégias para evitá-las, já que sempre prolongam as visitas domiciliares<sup>2</sup>. Enfim, são estratégias variadas que apontam diferentes processos de mediação sendo construídos.

A “doença social”, que se explicita nas visitas domiciliares e nas conversas com os usuários, é percebida pelos agentes como decorrente de uma situação de “carência”. Quando falam em carência, os agentes não a compreendem apenas no sentido material, da falta de recursos; eles também costumam se referir a uma carência afetiva. Essa questão transparece, por exemplo, no cuidado aos idosos: para os agentes, esse é o grupo que mais necessita de atenção, já que gostam de partilhar seus problemas e angústias.

No entanto, o reconhecimento da “doença social” acaba se constituindo num dilema para os profissionais, pois evidencia o limite da sua capacidade de intervenção. Frente a ela, esses profissionais manifestam um sentimento de impotência, que os incomoda sobremaneira, como fica explícito na fala de uma agente:

Muitas vezes a gente leva os problemas para ela [a médica] sem solução. Às vezes eles [os médicos] explicam pra gente que não há solução, essas coisas que não tem como resolver, né? A gente entra muito no sentimento das pessoas. Eles [os médicos] procuram

<sup>2</sup> Estivemos com agentes, por exemplo, que faziam as visitas domiciliares em grupo de três, por que assim um poderia utilizar a pressa do outro como desculpa para fazer a visita mais rápida e não conversar de forma prolongada com o usuário.

passar pra gente que a gente não pode carregar essa carga de sentimento pra vida da gente... Você fica angustiada, você quer resolver, pelo menos uma palavra, precisa até de uma palavra pra passar pro usuário, coisa que não tem solução, é coisa que a gente tem que escutar, procura passar uma calma pra pessoa, mas essas coisas, problemas de família por exemplo, na intimidade das pessoas, você não pode entrar, você não pode resolver.

Lidar cotidianamente com os problemas particulares dos usuários sem que haja possibilidade de resolvê-los provoca um sentimento de angústia em alguns agentes<sup>3</sup>, chegando a motivar pedidos de afastamento e licença, como nos relata um deles:

Ah... Eu me sensibilizo todo dia, todo dia eu choro um pouco por dentro [...] O agente... Ele vai adoecendo, sabe? Ele fica sabendo de muita coisa, ele é íntimo de todo mundo. Uma coisa é você morar no bairro e conhecer um pouco de todo mundo, outra coisa é você saber muito da vida de todo mundo, entendeu? Mais do que o médico, mais do que o enfermeiro... Numa área problemática como a minha, sabe? Pra você ver, qual é a área que sai mais agente? É a minha... Isso tem um motivo. Vira e mexe tem alguém saindo de licença.

Como os agentes não se consideram habilitados para resolver os problemas pessoais relacionados à carência dos usuários, a presença do assistente social<sup>4</sup> na equipe representa um “alívio” ao seu trabalho, através do delineamento de competências profissionais (evidenciando-se a questão latouriana do trabalho de purificação). É o que expressa a fala de uma agente, ao ser perguntada sobre o que ela fazia quando os usuários lhe contavam seus problemas:

No nosso caso, hoje em dia a gente pode... Eles [os usuários] se abrem a gente pode escutar, conversar com eles, temos assistente social, que hoje em dia ficou mais fácil, que tem coisa que eu me

<sup>3</sup> Ressalva-se que este envolvimento afetivo e emocional não ocorre com todos os usuários e, talvez, nem com a maioria. Em nossas idas a campo com os agentes, vimos que com alguns moradores a relação usuário-agente é estritamente profissional, limitando-se apenas a troca de receitas, pedidos de consulta etc. Entretanto, as experiências vividas pelos agentes, nas quais fica marcado o envolvimento afetivo e emocional, de onde desponta o sentimento de impotência, são muito recorrentes.

<sup>4</sup> O papel do assistente social na equipe é orientar os usuários quanto ao recebimento de benefícios (Bolsa-família, Bolsa-escola), quanto ao recebimento de cestas básicas etc.

sinto amarrada, eu só posso ouvir e levar para W. [enfermeira] pra Dra. R. [médica da equipe] e ver no que eles podem ajudar. Então antigamente nós não tínhamos assistente social, então era muito, muito difícil. Hoje em dia já tem assistente social, então, quando a gente passa alguma coisa ela vai com a gente [...]. Então melhorou muito, mas teve uma época que a gente se sentia muito amarrado, não sabia o que fazer.

Nem todas as equipes de saúde da família contam com o assistente social. A presença desse profissional é reivindicada por algumas equipes, pois, segundo médicos e agentes, ele se incumbiria dos problemas “sociais” dos usuários, que comparecem a todo o momento. Essa reivindicação é mais presente nas equipes que assistem áreas mais pobres. Nessas áreas, segundo médicos e agentes, o assistente social daria suporte à equipe, como expressa uma médica em sua fala: “[...] que eu acho que tinha que ter uma assistente social, eu acho que tinha que ter. Porque se não tiver um assistente social pra dar suporte pro médico, ele não dá conta, entendeu?”.

O reconhecimento de que existem questões que devem ser da competência do assistente social aponta para a percepção, compartilhada por agentes e médicos, de que a “doença social” se encontra além da possibilidade de intervenção da equipe. O reconhecimento desse limite, no entanto, é compreendido de forma ambígua, já que, contrariamente ao sentimento de impotência, ele também pode ser mobilizado no sentido de delimitar, de forma mais precisa, competências distintas envolvidas no trabalho. Para os médicos, essa questão é uma especialmente delicada, pois embora partilhem do ideário do cuidado humanizado, “ir além do seu trabalho” também costuma mobilizar imagens negativas acerca de sua identidade profissional, como indica a afirmação de várias médicas da UBS: “o que a gente menos faz aqui é medicina.”

Os dilemas envolvidos no reconhecimento dos limites de competência no tratamento da “doença social” podem, inclusive, colocar sob suspeição a viabilidade dessa rede. Uma médica que assiste uma área pobre do bairro questiona as condições de eficácia do ESF sem a sua articulação com ações efetivas de outras instâncias governamentais:

[...] aí você começa a questionar se o programa [ESF], sozinho, é válido. É igual ao SAD [Serviço de Atenção ao desnutrido], uma coisa que eu questiono muito. Pra quê fazer grupo de desnutrido,

se você não usa? Não que não seja válido... Claro, esta criança tem que ter um acompanhamento. Mas é um grupo que nunca vai melhorar, porque eles não têm o que comer em casa. Se não é uma dessa bolsa escola da vida, que ajuda uma parte [...]. Existe toda uma condição social ali por trás. Se o povo não tem educação, ele não vai saber fazer prevenção. Se ele não tem o que comer dentro de casa... Adianta você falar quê que é bom pro colesterol quê que não? Você até fala, faz o seu papel, mas não é resolutivo...

A maioria dos médicos entrevistados é entusiasta do ESF e acredita na sua proposta. Para a maioria deles, se o programa desse certo, seria a solução dos problemas na assistência à saúde no Brasil. A concepção ampliada da saúde, mobilizada no conceito de cuidado, parece trazer consigo novas possibilidades, mas também novos dilemas onde, pelo menos em curto prazo, não se avistam horizontes de resolução. É o que expressa a fala de uma assistente social:

Quer ver uma coisa que ninguém consegue por a mão, alcoolismo. Não adianta, não agüento mais, já fui lá na secretaria: não me chama mais porque todo curso que tem sobre o alcoolismo é pra trabalhar a prevenção, e o quê que a gente faz com os dependentes? A única coisa que a gente consegue é encaminhar pro AA, ANALON. A gente não consegue ter uma ação efetiva, as famílias estão adoecendo com esta questão do alcoolismo. O dependente está por aí porque ele não quer entrar em nenhum programa. Na verdade as equipes têm esse problema em tudo quanto é lugar. E quem está pondo a mão nisso? Eu sinceramente só conheço ações de prevenção... Eu quero saber o seguinte: o que fazer com a família do alcoólatra? [...] Por exemplo: violência contra a mulher. Gente! Isso aí está na cara da gente. As mulheres tão chegando roxa na unidade pra consultar. Não pode fazer preventivo porque o marido não pode ficar um dia sem transar [...]. Então nós temos violência contra as mulheres dos mais diversos tipos. Quem está pondo o dedo nessa ferida? Nós temos violência contra a criança... Quem está pondo a mão nessa ferida? Então só pra te mostrar ações que não tem a ver com doença, mas que tão batendo nas portas das equipes gritando por uma ajuda e a gente não está dando conta de trabalhar...

Levar em conta os “condicionantes” metaforizados no conceito de “doença social”: se por um lado é o “diferencial” desse modelo de atendimento, por outro, ele aponta não somente o limite da possibilidade de intervenção dos profissionais da equipe, mas também do próprio ESF. O condicionante pode gerar como armadilha a exclu-

sividade de ver a diferença como falta e não como diferença criativa, gerando como contra-efeito um sentimento de impotência nos profissionais do ESF diante dos limites da sua possibilidade de intervenção.

A perspectiva “nativa” dos profissionais da ESF, de como operam e de como lidar com os condicionantes sociais mostrada acima, nos remete novamente à idéia da necessidade da construção de políticas que mexam com os determinantes sociais, mas ao mesmo tempo, a necessidade de que essa política leve em conta as diferentes perspectivas que existem neste mundo contínuo. Esse levar em conta nos remete à terceira preocupação do nosso texto, que é a inclusão da perspectiva do usuário.

### **Da saúde para o cuidado: o usuário como mediador**

Na seção anterior, mostramos como no cotidiano dos profissionais de saúde está presente a idéia de que o social condiciona a saúde da população e suas práticas. Nesse caminho de “dar voz” ao discurso nativo, fica esboçada a rede que os mediadores constroem no mundo. Perceber como é construída a rede de cuidados nos remete à crítica que Otávio Velho (2005) faz da idéia de modernidade proposta por Bruno Latour (2004). Para Velho, a modernidade na França, tal como é descrita por esse autor, que se fundamentaria no afastamento dos diferentes domínios da vida social (da ciência e da política, por exemplo), não seria totalmente aplicável ao nosso meio social. Curiosamente, como ainda diz o autor, talvez nós aqui nos “trópicos” sejamos menos modernos pelo nosso costume de “cultivar as misturas”, assim seria mais produtivo pensar em “modernidades alternativas” (VELHO 2005, p. 302).

Mas a partir do momento em que problematizamos a questão dos condicionantes sociais, não é suficiente considerar o “contexto” da nossa experiência de modernidade. É preciso ir além disso, reconhecendo, como salienta Wagner (1981), que a dimensão de criatividade atravessa toda prática cultural. É nessa perspectiva que poderemos incluir a busca do cuidado com toda sua potencialidade criativa e não apenas como uma tentativa que se incorpora às políticas voltadas para a resolução de faltas e carências. Exemplo disso é a inclusão das rezadeiras no PSF de Maranguape, no Ceará, como mostra Simone Cavalcante (2006). Derivada de uma percepção “criativa” dos itinerá-

rios terapêuticos e das práticas de cuidado dos usuários do PSF, conseguiu diminuir a mortalidade infantil. A idéia básica do “*Programa Soro, Raízes e Rezas*” consiste em que o soro distribuído no posto de saúde começou, também, a ser distribuído pelas rezadeiras quando as mães levavam as crianças para serem benzidas; deste modo se evitou que as crianças chegassem no posto com alto grau de desidratação. A solução encontrada não foi buscar uma mudança dos itinerários dos usuários, mas a partir da busca por cuidados que eles faziam foram introduzidos dois novos mediadores, o soro e o agente comunitário de saúde, que se juntaram aos antigos, à reza e à rezadeira. Esta última deixou de ser vista como carente de saber e passou a ser enxergada na sua positividade; e a passagem dos usuários por sua casa para receber uma benção deixou de ser vista negativamente, como um atraso, para ser vista de forma criativa. Assim, se ressignificam os itinerários dos usuários na busca de cuidado.

Como se visualiza essa experiência de criatividade? Como se produz a passagem da saúde para o cuidado? Uma pista nessa direção é oferecida por Latour (2006) na distinção entre intermediários e mediadores. Esses são dois conceitos centrais na produção mais recente do autor, que nos permitem perseguir o trabalho de tradução realizado no cotidiano pelos humanos e não humanos.

Para Latour, onde apenas percebemos intermediários muitas vezes se encontram mediadores. Intermediários constituem elos que não acrescentam informação alguma ao longo do curso da ação, ou seja, não contribuem para o trabalho de tradução. Em oposição, mediador será todo actante que acrescenta algo no curso da ação, fazendo com que ela termine de forma modificada em relação ao seu início. Mediador é, assim, alguém ou algo que faz fazer. Neste sentido, mediador é agência. Se não estivermos atentos a todos os agentes que contribuem modificando, acrescentando, transformando, traduzindo a prática, não seremos capazes de acompanhar o trabalho dos mediadores envolvidos. No caso da ESF, é preciso estar atento para a enormidade e heterogeneidade dos mediadores: profissionais, usuários, ambientes, instalações, instrumentos, políticas de avaliação, sistemas de mensuração da eficiência, dentre outros.

Na perspectiva que estamos propondo neste trabalho, o usuário não é apenas o fim, o público-alvo, mas ele também atravessa como

mediador uma cadeia complexa de transformações práticas cujo escopo vai muito além do conteúdo informacional, compreendendo também diferentes formas de agenciamento do corpo e modos de “estar” e “fazer” o mundo. Os usuários, portanto, não se constituem apenas como objeto de intervenção de políticas públicas, mas também mobilizam inúmeros outros mediadores em seus contextos práticos de ação. O problema é que nem sempre os reconhecemos enquanto tal (como mediadores), em decorrência da falta de “autoridade” de que gozam, relegando-lhes o papel de simples intermediários (quando não, ilusórios).

De fato, fetiches, credences, entidades incorporadas, rezas, chás, falta de instrução formal, desemprego, valas imundas, lares fétidos, ruas escuras e perigosas, periferias, desesperança, são todas questões que nos mobilizam, impelindo-nos a elaborar estratégias cada vez mais sofisticadas e cuidadosas para contorná-las. Mas, ao mesmo tempo, costumamos nos surpreender com as não raras recusas e resistências que se interpõem aos projetos de intervenção por mais “avançados” e comprometidos que eles possam parecer. Como sair do impasse? Certamente não se debatendo com ele de frente, mas contornando-o, já que o próprio impasse também faz parte do problema.

O impasse se encontra na forma de abordagem do que compreendemos por “resistência” do usuário às intervenções de que ele é alvo. Pois se de um lado observa-se um compartilhamento de perspectivas, no sentido da melhoria de suas condições de saúde, através de uma abordagem renovada do cuidado ampliado; por outro, nem sempre sua “recusa” pode ser compreendida como “sintoma” de outras “causas sociais”, lugar quase mítico de onde emanam as explicações que nos permitem compreender as “limitações” do usuário (nem cognitivas, nem epistemológicas) a partir do seu “contexto”.

Mas se, como afirma Latour (2006), o “contexto” não é recurso explicativo para a ação, mas sim aquilo que deve ser explicado, devemos caminhar noutra direção para perseguir os mundos que emergem na infinitude das mediações possíveis. A passagem da saúde para o cuidado precisa se deparar com esse problema, que pode muitas vezes gerar efeitos desconcertantes para os mediadores considerados “legítimos”. Deve conseguir lidar com a possibilidade

de existência de outros agenciamentos dos corpos, das emoções, do ambiente, perseguindo a tessitura da rede da busca do cuidado.

Uma nova perspectiva começa a se cristalizar no momento em que o usuário, entendido como mediador, junta-se à dimensão criativa da cultura de que falávamos antes, citando Wagner, porque dessa forma é a cultura que passa a ser vista como “vívida” e não mais como um conjunto de costumes e constantes estruturais que “pesam” sobre o indivíduo. Nesta perspectiva, a escolha do usuário, surgindo de um campo de “possibilidades problemáticas” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134), transforma-se em possibilidades criativas que “fazem” as redes ou, em outras palavras, que agenciam o usuário e seu meio-ambiente.

Assim, como sugere Ingold, não faz sentido separar o indivíduo do seu ambiente (2000). Fazer isso é nossa forma de construir problemas e de tentar resolvê-los: são questões nossas “postas na boca” de outros, mas de forma alguma podem ser tratadas como os problemas dos outros. Procurando evitar esse problema, Ingold desenvolve a idéia de uma “ecologia sentida”, na qual encontraríamos a forma como os indivíduos (no nosso caso os usuários) se relacionariam com o mundo. Nas palavras dele: “[a ecologia sentida] é baseada no sentimento, consiste em habilidades, sensitividades e orientações que se tem desenvolvido através da experiência de conduzir uma vida em um meio-ambiente particular” (INGOLD, 2000, p. 25).

Numa ecologia sentida, não faz sentido dividir o que na realidade é vivido como uma totalidade. Daí o nosso receio com a noção de “determinantes sociais de saúde”. Da perspectiva do usuário, os determinantes não estão “de fora”, algo que não faz parte da saúde, embora a determine, mas eles fazem parte do mundo. São agenciados pelos e agenciam os usuários para fazer o seu mundo, mas a forma em que esta relação se estabelece está associada aos mediadores envolvidos nessa específica ecologia sentida.

## Referências

- ALMEIDA, C. *et al.* A Reforma Sanitária Brasileira: em busca da equidade. *Research in Public Health, Technical Papers* 17. Washington, DC: OPAS, p. 82, 1999.
- ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.

C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. A. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima. O cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 263-278.

\_\_\_\_\_. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes. práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 385-400.

CAVALCANTE, Simone G. *Entre a Ciência e a Reza*: estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape –CE. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais) - Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, UFRRJ, Rio de Janeiro, 2006.

FAVORETO, C. *Programa de Saúde da Família no Brasil*: do discurso e das práticas. 2002. 158 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FONTES, B. A. S. M. Sobre a trajetória de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: MARTINS, Paulo H.; FONTES, B. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: EdUFPE, 2004. p. 55-76.

INGOLD, T. *The perception of the environment*. Essays on livelihood, dwelling and skill. London: Routledge, 2000.

IRWIN, Alec; SCALI, Elena. *Ação sobre os determinantes sociais de saúde: aprendendo com experiências anteriores*. 2005b. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. OMS. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/> Acessado em: 24 jul. 2005.

LATOUR, B. “Não congelarás a imagem” ou: como não desentender o debate ciência-religião. *Mana. Estudos de Antropologia Social*, v. 10, n. 2, p. 349-376, 2004.

\_\_\_\_\_. *Changer de société. Refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte, 2006.

\_\_\_\_\_. *Jamais fomos modernos*. São Paulo: Ed. 34, 1994.

LUCHESSA, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução da desigualdade em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 18 (sup.), p. 203-211, 2002.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. OMS. 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/> Acesso em: 24 jul. 2005.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sciobiological translation. In: BLANNER, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). *Health and social organization*. London: Routledge. 1996. p. 71-93.

TAVARES, Fátima; BONET, Octavio. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. 2008. (no prelo).

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 155-172.

VELHO, Otávio. Comentários sobre um texto do Bruno Latour. *Mana. Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 297-310, 2005.

\_\_\_\_\_. Is religion a way of knowing? In: HARRIS, M. (Org.). *Ways of knowing: new approaches in the anthropology of experience and learning*. New York: Berghahn Books, 2007. p. 64-90.

VIVEIROS-DE-CASTRO, Eduardo. Filiação Intensiva e Alianza demoníaca. *Novos Estudos da CEBRAP*, n. 77, p. 91-126, 2007.

WAGNER, Roy. *The invention of culture. Revised and expanded edition*. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

### **PARTE III**

**Ética e técnica na produção do cuidado:  
práticas educativas produzindo saberes na  
formação em saúde**

# Ética e técnica: exercício e fabricações

ANA LUCIA C. HECKERT

*A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade*  
Foucault (2004b, p. 267)

*Esta discussão foi tecida como uma homenagem a Victor Valla, com quem aprendemos sempre que o exercício ético implica, sobretudo, não falar e decidir pelo outro.*

A discussão acerca da ética e da técnica nas práticas de cuidado em saúde e nos processos de formação configura-se a cada dia como um grande desafio, sobretudo quando se comemoram 20 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De início cabe afirmar que a defesa do SUS, como política pública, constitui-se como exercício de reexistência, como afirmação de um direito para qualquer um e para todos. E é este exercício de reexistência que nos convoca a colocar em análise as linhas que tecem a nossa atualidade, na direção de construir modos de intervenção que façam variar este estado de coisas instituído<sup>1</sup>.

Vivemos em um funcionamento paradoxal em que convivem os processos de extensão da vida e, ao mesmo tempo, de seu constrangimento. No cenário brasileiro do funcionamento do capitalismo contemporâneo, o campo da saúde lida com desafios que abarcam o acesso aos serviços e aos processos de produção de saúde, e a sua continuidade, a ruptura de práticas de gestão verticalizadas e privatistas, práticas profissionais ainda pautadas na relação queixa-conduta, precarização das condições de trabalho de boa parte dos profissionais deste campo, financiamento insuficiente da saúde pública, iniquidades no acesso e na continuidade do cuidado, práticas de formação ainda permeadas pela aplicabilidade do conhecimento e dis-

---

<sup>1</sup> Agradeço a Maria Elizabeth Barros, Cláudia Abbês, Eduardo Passos e Roseni Pinheiro, pelas conversas e indicações para elaboração deste trabalho.

tanciadas do cotidiano do SUS. Sem falar nas práticas gerenciais tecnocráticas que visam a resultados imediatos no campo da saúde, por meio da otimização de recursos, esvaziando o caráter de bem público da saúde (MERHY, 2002).

Experimentamos um processo social intensamente demarcado pelo pragmatismo, pela busca de resultados imediatos, pela obsolescência das técnicas, pela aceleração da criação de técnicas de intervenção na vida (reprodução assistida, transplantes, mapeamento do código genético, etc.), pela jurisdicionalização da saúde e por uma certa crença de que as práticas ancoradas em conhecimentos científicos nos dariam maior segurança. Lidamos com o crescente avanço da tecnologia, com suposições de que o acesso a arcabouços técnicos mais “modernos” implicam, *per se*, práticas de cuidado conectadas à defesa da vida, realçando assim um certo “poder” da técnica, em detrimento dos princípios que as constituem e da compreensão de que são resultado de processos de construção efetuados pelos homens na história de seu fazer. Assim, ao mesmo tempo em que conferimos às técnicas um poder desmesurado, confiando que nos salvarão de todos os males, amaldiçoamos as técnicas e as responsabilizamos pelas catástrofes sociais e ecológicas, pelos danos à saúde, por seu poder de intervenção na vida.

Contudo, como mostrou Castoriadis (1987), estas posições permanecem embaraçadas entre conferir à técnica o lugar de puro instrumento humano e conferir à técnica um caráter autônomo. Para esta discussão, consideramos necessário explicitar de que ética e técnica falamos, uma vez que não parece possível imaginar um cenário de compreensões comuns acerca de temas complexos como este. É oportuno também indicar quais pressupostos ético-políticos pautam nosso entendimento de formação.

De início, trata-se de advertir que não nos perfilamos nem em uma ode messiânica que antevê no acesso científico-tecnológico o caminho de superação dos limites das práticas de saúde na atualidade, tampouco na demonização da técnica, compreendendo-a como negação de valores e exercício ético, conforme aponta Ayres (2004). Cabe ainda ressaltar que a técnica não foi inventada na sociedade moderna, posto que os humanos construíram estes artefatos ao longo da história da humanidade.

A pergunta “é possível conciliar ética e técnica nas práticas educativas em saúde?” é provocadora por nos lançar no terreno que hoje permeia os processos de produção de saúde e de formação. Nossa tradição está permeada por compreensões de que ética e técnica, teoria e prática, formação e intervenção, cuidado e gestão, e muitos outros, são pólos e/ou unidades dissociadas e dissociáveis. Desse modo, nossa proposta de debate consiste em propor uma torção/desvio na indagação proposta para este debate, indagando: o que se passa quando dissociamos técnica e ética?

Discutir técnica e ética nos lança no debate acerca dos métodos e dos princípios que constituem nosso fazer cotidiano nas práticas de saúde e de formação. Ou seja, implica colocar em análise os modelos de gestão e atenção instituídos no campo da saúde e afirmar a inseparabilidade entre os modos de fazer, as formas de intervir, isto é, os dispositivos técnicos utilizados, e a atitude (*ethos*) dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

### Os usos da técnica: desafios para o campo da saúde

Os avanços tecnológicos impõem, a cada dia, novos desafios aos profissionais de saúde, alterando os modos de organização do trabalho, intensificando sua fragmentação e acarretando novas divisões entre trabalho manual e intelectual, bem como novas demandas direcionadas ao campo da formação profissional. Todavia, Merthy (2000) alerta que a reestruturação produtiva na saúde hoje não se faz apenas em função da inserção de novos equipamentos (tecnologias duras), posto que se conjuga também à modulação na gestão do cuidado, no território das tecnologias leves e leve-duras – ou seja, no governo do cuidado que se gesta no plano do trabalho vivo.

Este processo de modulação da vida já havia sido apontado por Foucault (1999, p. 286), ao analisar o funcionamento das novas tecnologias de poder que emergiram no século XIX, apontando a ocorrência de uma estatização do biológico ao se efetuar “uma tomada de poder sobre o homem como ser vivo”. Se o funcionamento do poder soberano pautava-se no direito de fazer morrer *ou* deixar viver, este novo funcionamento que se acopla ao poder soberano, intensificando-o, efetua uma inversão e constitui-se como biopoder, como direito de fazer viver *e* deixar morrer. Denominado por Foucault como

biopolítica, esta nova tecnologia de poder não excluiu as técnicas disciplinares que visavam ao corpo, mas a intensificou e tomou como alvo o homem vivo, o homem como ser vivo. O que entra em cena são os processos de intensificação da vida e que passam a conviver, de maneira paradoxal, com os processos de destruição da própria vida.

Esse excesso do biopoder aparece quando a possibilidade é técnica e politicamente dada ao homem, não só de organizar a vida, mas de fazer a vida proliferar, de fabricar algo vivo, de fabricar algo monstruoso, de fabricar – no limite – vírus incontroláveis e universalmente destruidores. (FOUCAULT, 1999, p. 303).

Entendendo que Foucault (1999, p. 306) estava se referindo não apenas à morte física, biológica, mas a tudo aquilo que nomeou como “assassínio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.”, trata-se então dos processos de gestão da vida, do governo da vida. Nas palavras de Agamben (2004), estaríamos no plano de um estado de exceção em que a exceção se tornou regra, ou seja, tornou-se a forma de exercício da política no funcionamento atual do capitalismo.

É neste cenário de biopoder e biopolítica que os interesses das indústrias de medicamentos, as condições de trabalho, as práticas de cuidado instituídas no campo da saúde, a reificação de modelos de atenção/cuidado dissociados dos processos de gestão/trabalho em saúde, a privatização e medicalização da vida, colocam para os profissionais de saúde novos perigos e novas questões éticas – por vezes anunciadas como escolhas éticas. Em boa parte dos casos, compreende-se que esta (a ética) é uma escolha ancorada na autonomia individual do profissional, em seu livre arbítrio, ou seja, a este profissional caberia decidir o que é melhor para o outro e para si mesmo, respeitando a autonomia do usuário e seu direito de definir os rumos de sua própria vida.

O avanço tecnológico introduziu novas técnicas de diagnóstico e prevenção de doenças. Em meio aos novos arcações tecnológicos, intensificam-se também práticas de produção de saúde pautadas nas evidências e corroboradas por análises estatísticas que visam a buscar soluções e informações precisas e objetivas. Tais práticas compreendem que os conhecimentos produzidos pela ciência são verdades

inquestionáveis, posto seu caráter objetivo, previsível e universal. Os efeitos deste movimento são a constituição de práticas de saúde voltadas exclusivamente aos resultados (em si) e aos procedimentos, em detrimento dos processos que constituem tais resultados. Neste processo, o encontro entre os profissionais e os usuários é subsumido, colocado na penumbra, em nome da utilização mais correta e eficiente de novas tecnologias.

[...] problemas de saúde possuem componentes amplos e inter-relacionados, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada, sob pena de não se produzirem, de fato, recursos para a proteção, torna-se importante investir em outras formas de pensar as intervenções em saúde. (AYRES *et al.*, 2006, s/p).

Portanto, é necessário dimensionar os riscos advindos da compreensão de que as técnicas podem ser pensadas de forma dissociada dos princípios que as fundamentam, dos sujeitos que as manipulam e daqueles que sofrerão sua intervenção. O trabalho em saúde, e de resto qualquer atividade de trabalho, envolve decisões complexas e arriscadas e nunca as escolhas se fazem a partir de decisões individuais, ainda que sejam expressas pelos sujeitos. A dimensão técnica envolve conhecimentos científicos, mas inclui também as experiências do sujeito, os valores sociais, os códigos morais, os princípios ético-políticos, a imprevisibilidade e variabilidade do vivo, etc.

O que ainda permanece usual no campo da saúde é uma certa compreensão de que as ações de saúde se fazem por uma cisão entre um pólo objetivo demarcado pela técnica, ancorada exclusivamente em conhecimentos científicos (supostamente isento de valores e marcado pelas evidências), e um pólo subjetivo demarcado pela ética, compreendida como da ordem relacional, dos vínculos entre profissionais e usuários, compreendendo esta última, conforme indica Schraiber (1997), a parte humanizada das práticas em saúde. Contudo, é também Schraiber (1997, p.132) que nos adverte, ao discutir a ação médica, acerca dos riscos na redução da ação à aplicação direta e imediata de conhecimentos científicos. Reduzir a técnica a esta dimensão é demarcar o trabalho como apenas repetição, esvaziando seu caráter inventivo e imprevisível.

Mas cabe ressaltar que a produção de saúde hoje não se faz sem uma relação com os objetos técnicos, ou seja, não pode prescindir

da tecnologia que o humano fabrica cotidianamente, entendendo por objeto técnico desde o uso de uma planta medicinal até o acesso a equipamentos de tomografia computadorizada. Todavia, não é o resultado em si que o exame indica, ou o diagnóstico efetuado, que garante produção de saúde, pois aí intervém o modo como as práticas de cuidado e de gestão se efetuam.

No que tange aos processos de formação dos profissionais de saúde, nos encontramos frente a compreensões que postulam que o aprimoramento do acesso à novas tecnologias e procedimentos no processo de formação redundaria em maior qualidade na prestação dos serviços de saúde. Schraiber (1997) adverte que a qualidade da assistência é efeito de um intrincado conjunto de questões que abarcam as condições de trabalho, os equipamentos disponíveis, as políticas institucionais e o modo como os profissionais de saúde lidam com tal contexto. Desse modo, há que pensar com cautela aquelas proposições que consideram que a qualidade da assistência seria obtida com a adição de alguns termos nesta suposta “equação”, dentre elas a formação dos profissionais e o acesso a recursos tecnológicos de ponta.

A prática educativa em saúde, ainda imersa na compreensão de que o conhecimento é um dado a ser primeiro apropriado para posterior aplicação, em uma perspectiva transmissivista de um conhecimento especializado a outros sujeitos supostamente destituídos de saber, ratifica a noção de que os pressupostos de universalidade, objetividade e neutralidade da ciência ainda se constituem como parâmetros inquestionáveis nas ações deste campo da educação em saúde.

### A técnica como vetor de subjetivação

O sentido etimológico de técnica provém do grego (*tekhnē*) e designa simultaneamente , a noção de um saber aplicado (técnica) e da invenção (arte/destreza); para os gregos a técnica não se dissociava da arte. A palavra *tekhnē* derivou-se de *tenkhein* que significa juntar, fabricar, construir (CASTORIADIS, 1986, p. 301). Ou seja, a técnica refere-se à intervenção do homem no mundo, o seu modo de fazer, e é efeito das relações sociais que institui. Portanto, é necessário insistir que toda técnica é, antes de mais nada, social e política e implica criação, daí a importância de acentuar seu sentido duplo de saber “aplicado” e arte; a arte de saber-fazer algo que se constitui na *polis*.

Lalande (1999) indica que técnica tem o sentido do conjunto de procedimentos destinados a produzir resultados considerados úteis. Resta, então, trazer para nosso debate a discussão acerca de *como* esta utilidade se constitui e a que visa, o valor de uso das técnicas criadas pelo humano. Conforme apontou Castoriadis, (1986, p. 35), “nenhum fato técnico tem um sentido determinável se é isolado da sociedade onde se produz, e nenhum impõe um sentido unívoco e inevitável às atividades humanas que sustenta, mesmo as mais próximas”. Ainda com o auxílio de Castoriadis (1987, p. 237), podemos ver que a técnica designou, a partir de Heródoto, o método, a maneira de fazer, e entre os estoicos, tinha o sentido de “hábito criador de caminhos”.

Importa ressaltar, com as contribuições de Castoriadis (1987, p. 40), que a concepção ocidental de técnica vai abordá-la como da ordem da utilização de um saber (ainda que dele se distinga) que não considera os fins da atividade, e que seu sentido na cultura contemporânea conservou várias significações que o termo designava entre os gregos. Dentre tais sentidos, encontra-se a compreensão de que o julgamento acerca dos meios apenas deve ser efetuado quando se trata da eficácia destes meios em relação aos fins que visa; neste aspecto, ao único valor da técnica residiria em sua eficácia. Esta discussão permite a Castoriadis indicar que os domínios da *techné* e da virtude são vistos como separados, como também são tratadas como opostas as questões técnicas e as questões políticas. Contudo, há uma superação em relação à acepção grega, apontada por esse autor, e que reside em sua separação da criação, entre o que se produz e para que se produz, indicando-se ainda a produção de um outro sentido, que é o do caráter supostamente neutro e autônomo da técnica.

Mas o caráter instrumentalista que a técnica adquire na sociedade contemporânea não pode nos fazer negligenciar sua acepção criadora, não apenas no que se refere aos objetos materiais, à relação com a natureza, mas também inclui a criação da própria sociedade. É neste sentido que Castoriadis (1987, p. 246) afirma que “a técnica é criação enquanto utilização arbitrária ao mesmo tempo da fatura racional do mundo e dos seus interstícios indeterminados.”

Este passeio pelos sentidos que a *techné* assumiu e assume entre os humanos nos permite perceber que a técnica nos coloca frente

à potência de criação do humano, seja para prolongar a vida, para conectar-se à natureza prolongando seus efeitos e capacidades, seja para destruir a vida. Ou seja, os domínios da técnica dizem respeito não apenas ao seu modo de utilização, o que configuraria à técnica um caráter neutro, mas também ao seu próprio processo de produção social que se forja em meio às relações de poder e saber.

O advento da ciência moderna implicou a constituição de novos modos de lidar com a técnica e instituiu uma nova relação entre homem e natureza, bem como entre conhecimento e fazer, com a técnica assumindo o lugar de um conhecimento científico aplicado. Neste processo a acepção *ars* (arte), em seu sentido em latino, esvaziou-se em função da objetividade postulada pela ciência moderna, e a técnica passou a figurar como conjunto de meios/ferramentas que permitiria ao homem dominar a natureza. Nota-se, então, a instituição de uma forma de relação homem-natureza, pautada na vontade livre e soberana do homem, com a subordinação da natureza à ação humana, em que a técnica, autônoma e neutra, é desvinculada de qualidade ética, “a ética, em tal acepção, pertence ao pólo da política – onde os homens exercem o poder sobre outros homens, sendo portanto estranha ao pólo da natureza” (ESCÓSSIA, 1999, p. 26).

Importa destacar que tal compreensão corrobora no sentido de: 1) manter a concepção de homem e natureza, sujeito e técnica como pólos opostos, unidades fechadas e distintas entre si; 2) conservar a noção de que a técnica seria resultado da aplicação de um saber científico já configurado; 3) sustentar a visão substancialista de sujeito como um já dado, um ponto de partida, uma entidade estável e determinada, e do meio como um dado natural *a priori*.

Buscando escapar desses dualismos, autores como Deleuze e Guattari, como também Foucault, indicaram que as técnicas participam dos processos de produção de subjetividade. Isto é, constituem-se como vetores de subjetivação que produzem a um só tempo homem e meio, sujeito e objeto; e que o sujeito é resultado de um processo de produção que combina elementos materiais e imateriais. Nessa produção-processual, a técnica funciona como

[...] desdobramento do ser, como motor de individuação humana, pois ao se individuar, o objeto técnico cria um novo espaço. Assim, o sistema formado pelo sujeito e pelo mundo é reinventado toda vez

que se cria um objeto, estabelecendo uma nova dinâmica no campo da subjetivação individual e coletiva. (ESCÓSSIA, 1999, p. 47).

Neste sentido, conforme aponta a autora, a relação homem-matéria (natureza e objetos) pode ser pensada fora do campo da subordinação – da natureza pelo homem ou da dominação do homem pela técnica –, da oposição e da formatação, para ser abordada como da ordem do acoplamento/composição entre formas que, por sua vez, interferem um no outro fazendo variar homem e matéria.

Com essas reflexões podemos indicar, então, que as técnicas são criações humanas que visam a determinadas finalidades sociais, morais e políticas e que, por isso mesmo, estão marcadas pela imprevisibilidade (LATOURETTE, 1996), pela história e pelo tempo. Isto é, nem as finalidades técnicas estão determinadas de antemão (tampouco são neutras) ou provêm do exterior, nem é possível estabelecer controle sobre seus efeitos. Portanto, podemos pensar a técnica “como uma dinâmica que retroage sobre os homens, sobre a inteligência, os sentimentos e sobre valores culturais, dinâmica esta em que todos os homens são convocados a participar de forma criativa e conseqüente.” (ESCÓSSIA, 1999, p. 83).

Mas estas reflexões não podem nos fazer esquecer que, na atualidade, produzimos um modo de vida pautado no consumo das técnicas, antevendo-as como chave de solução dos problemas com os quais convivemos. Neste caminho, a eficácia das ações passa a ser avaliada, exclusivamente, com a incorporação dos avanços tecnológicos e a apropriação das técnicas no campo da saúde, sem que percebamos que as investigações científicas que resultam na produção de inovações tecnológicas se fazem também em meio a interesses mercantis e corporativistas.

Este processo se expressa tanto no cotidiano dos serviços de saúde, quando uma equipe de profissionais reduz seu trabalho ao uso/execução de procedimentos sem incluir uma escuta sensível e cuidadosa do outro com o qual se intervém, tanto nos processos de formação dos profissionais, quando se reduz a formação ao consumo pragmático de técnicas, acreditando que assim resguardamos a formação de um profissional competente. E é deste modo que a discussão acerca da técnica convoca, necessariamente, ao debate acerca da ética e da conexão entre ética e técnica nos processos de formação.

### Quando o exercício ético interroga nossos procedimentos, nossas técnicas e os pressupostos da ciência

Ética por vezes é compreendida como um conteúdo, uma disciplina que traria aos profissionais de saúde elementos para decidir entre o bem e o mal, uma espécie de lei que contornaria e viabilizaria uma ação correta e eficaz; disciplinando a ação dos profissionais. Contudo, em boa parte permanece um terreno obscuro em torno desta questão que leva ainda muitas vezes à sinonímia entre ética e moral, entre ética como conteúdo pedagógico e ética como exercício. Ou ainda, a um entendimento de que ética e técnica situam-se em pólos opostos, o que configuraria uma cisão entre ética e técnica. Mas o que ainda permanece como uma constante, mas não de forma totalizadora, é a compreensão de que ética diz respeito a um conjunto de prescrições que devem pautar a conduta dos homens de forma a garantir a eficácia de uma ação. Quando não, podemos perceber que a ética é invocada quando se trata de conflitos de deveres, como se fosse uma espécie de bagagem já dada, abstrata e universal, da qual o sujeito dispõe para orientar sua ação no mundo.

Desse modo, vemos que a ética se torna uma espécie de lei, a ser seguida e ensinada, como forma de encontrar soluções para problemas fabricados em nossas ações cotidianas (SCHRAIBER, 1997). Todavia, é neste cotidiano das práticas em saúde, ao definir procedimentos, propor terapêuticas, ao fazer uso de certas técnicas e não de outras, ao efetuar práticas de cuidado que permitam a vida se expressar, avaliando os efeitos de tais técnicas na vida dos sujeitos, é que nos encontramos em meio ao exercício ético e às prescrições morais. Mas será que ética e moral transitam em um mesmo campo? É possível estabelecer alguma simetria entre ambas?

Ainda que não haja simetria entre ética e moral, tampouco oposição, ambas são distintas e indissociáveis (MACHADO, 1999). A palavra *ética* provém do termo grego *ethos* e que designava uso, caráter, costume. Ética diria respeito ao exercício do pensamento, à apreciação e distinção entre o bom e o mau, não apelando à exterioridade, ou a postulados universais e generalizantes, para fazer perguntas e indagar acerca do que somos. A palavra *moral* é de origem latina *mos (mores)*, e designa costume, isto é, constitui-se de regras de conduta e valores sociais que funcionam como um conjun-

to prescritivo, aceitos em uma dada época e uma dada sociedade, pautado em concepções de bem e de mal (LALANDE, 1999).

Se a moral funciona por regras e princípios absolutos que visam a encontrar a verdade, a boa maneira de ser que é prescrita aos demais sujeitos como um código a ser obedecido, ela acaba por instituir um dever-ser/dever-fazer que atua em nome de valores transcendentais – o bem e o mal em si – e nos apazigua frente a certos dilemas. Já a ética conecta a vida ao que ela pode fazer, colocando em cena o uso de regras facultativas que é da ordem de um exercício de valores imanentes (bom e mau), portanto não se efetua pela obediência e sim pela instigação de sempre fabricar novas perguntas (FUGANTI, 1995).

A moral liga a vida ao que ela deve fazer e a ética liga a vida ao que ela pode fazer, o que é bem diferente. São duas atitudes muito distintas. E ao mesmo tempo em que a ética liga a vida ao que ela pode fazer, a ética fortalece a vida para que a vida fique potente, capaz, seja capaz de selecionar os seus encontros. Que ela desenvolva capacidades seletivas. Na verdade, a ética é uma capacidade seletiva que a gente tem, que a gente cria, que a gente desenvolve; e a moral é uma capacidade seletiva, mas pela obediência e por valores que não fazem parte, mas que querem submeter a vida. Então, essa é a diferença que eu quero fazer. Na medida em que a ética liga a vida ao que ela pode, a ética afirma a potência da vida. E na medida em que a moral liga a vida ao que ela deve, a moral é, na verdade, um instrumento do próprio poder e não da potência. (FUGANTI, 1995, s/p).

Cabe ressaltar que este exercício de distinção entre ética e moral não pode ser entendido como a indicação pela escolha de um desses domínios. Conforme aponta Machado (1999, p. 148-149), entre ética e moral forja-se um campo problemático em que estes diferentes domínios se “entrecortam, se misturam, se distanciam, expressam um jogo de forças que assume formas variadas em cada época”.

A ética, concebida como correção da conduta, pouco nos auxilia a enfrentar os desafios cotidianos do trabalho em saúde. Neste sentido, as contribuições de Foucault e Deleuze nos auxiliam a tomar a ética como exercício da liberdade (que é bem diverso de livre arbítrio), como relação que efetuamos conosco e com os outros em meio às práticas que nos configuram como sujeitos morais. Ou seja,

trata-se de um exercício de liberdade que se forja para além das normas instituídas, dos códigos morais, em que ao mesmo tempo que não os nega os problematiza. Nas palavras de Rolnik (1995), consistiria de não se limitar ao homem da moral e ativar em nossas práticas o homem da ética. Mas o que este processo implica?

A luta antimanicomial, os movimentos de luta das mulheres, dos indígenas, das minorias sexuais, para citar apenas algumas lutas em nosso país ao longo das últimas décadas, foram exemplos emblemáticos de interrogação dos saberes instituídos que alicerçaram as nossas práticas cotidianas, obrigando-nos a produzir desvios em nossas análises e indagações.

O homem da ética do qual fala Rolnik (1995) requer abertura às diferenças que estranham o que nos parece comum, certo, evidente. Ainda que a ética não prescindia da moral, tornar-se refugiado neste plano instituído reduz a vida à mera sobrevivência, ao fazer a qualquer custo. No plano da ética, o critério de valor é o caráter criador da própria vida, não se contentando com qualquer vida, com a vida de qualquer jeito, amesquinhada e reduzida em nome do dever ser, de categorias genéricas, abstratas e imutáveis. O que se impõe como diferença exige criação de práticas, procedimentos, protocolos; inclusive criação de novos direitos para acolher a vida que varia. Cabe asseverar que este processo não é acessado com modelos prescritivos e externos à vida e ao fazer humano.

Deste modo, queremos dar realce a um plano de análise que retira a ética do lugar de um conteúdo, de normas de condução de uma ação, para acentuá-la como da ordem de uma experimentação que não prescinde do outro, que não se tece individualmente. Se afirmamos que a vida é criação, que comporta imprevisibilidade e variação, a ação ética consiste em criar espaço que acolha o que estamos em vias de diferir. Trata-se, como formulou Foucault (2004a; 2004b), de fabricar a vida como obra de arte e este processo implica uma estética e uma política em que somos responsáveis pela obra criada. Deleuze (1992, p. 125), a propósito da noção de ética em Foucault, indicava que esta (a ética) “é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica. Dizemos isto, fazemos: que modo de existência isso implica?”

Diríamos que implica um modo de existência que avalia e seleciona e que, por isso, requer pensamento, e não a obediência cega às leis, normas e regras. Pensar o que nos causa impõe um trabalho no limite de nós mesmos, problematizando os jogos de saber e poder que nos constituem como sujeitos éticos e morais. É novamente Foucault (2004) quem nos advertiu que as teorias – e incluiríamos aí as técnicas –, por mais bem intencionadas que sejam, não nos livram de produzir desastres e destruições. Por isso é que recomendava ser necessário “a cada instante, a cada passo, confrontar o que se pensa e o que se diz com o que se faz e o que se é”. (FOUCAULT, 2004a, p. 219).

Esse *ethos* político, na perspectiva foucaultiana, requer formular perguntas, deslocar posições, construir problemas concretos e entender que a ética é uma prática, um modo de ser que se ocupa da liberdade como problema ético tecida entre os jogos de poder. Nas palavras de Foucault (2004b, p. 285): “acho que é preciso distinguir as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades [...] e os estados de dominação, que são o que geralmente se chama poder”.

### Práticas educativas como dispositivo moral e ético

Ao longo de nossas discussões, foi indicado que os processos de formação são tecidos nesta rede de produção de sentidos que dissocia ética e moral, ética e técnica, teoria e prática, cuidado e gestão, formação e intervenção. Ancoradas em uma perspectiva aplicacionista do conhecimento e da técnica, os processos de formação muitas vezes alimentam crenças absolutizantes, preconceitos e uma elegia à técnica como salvadora de todos os males vividos pelo humano na atualidade. Ou, contrariamente, demonizam a técnica em nome de um foco nas relações interpessoais como forma de valorização do humano.

Temos convivido no campo da formação dos profissionais (não apenas de saúde) com demandas que privilegiam a técnica, a metodologia, o fazer rápido e solucionador dos problemas, como se as técnicas e as metodologias fossem neutras, imparciais. O reinado da eficácia técnica tem favorecido uma formação consumo, prescritiva e modeladora, dissociada dos dilemas cotidianos vividos em nosso país e fragmentada. Acredita-se, em boa parte dos casos, que se trata de um conhecer que antecede um fazer, um aprender para transformar.

Podemos notar que a formação centrada na técnica e que tem por finalidade principal a produção de procedimentos acaba por negligenciar um elemento fundamental no processo de produção de saúde, que é o encontro com a alteridade (MASSARO, 2008). No âmbito das políticas de formação de profissionais, pouco se debate acerca das experimentações que trabalhadores, usuários e gestores têm efetuado no cotidiano do SUS. O que sobressai, *grosso modo*, é a ineficácia do SUS, seus limites e impossibilidades.

Se concordamos que a prática em saúde envolve riscos, análise de vulnerabilidade, complexidade e variação, cabe indagar como temos experimentado estas questões nestes 20 anos de SUS em que a afirmação dos seus princípios se coloca como luta política estratégica na defesa da vida. No que se refere aos processos de formação, podemos indagar em que medida tem vigorado em nossas práticas perspectivas moralizantes e tuteladoras que estabelecem uma espécie de pedagogia piedosa, apaziguadora dos desassossegos que a vida teima em vibrar (FUGANTI, 1990).

Tomar as práticas educativas como dispositivo ético, entendendo-as como ações que se efetuam no cotidiano dos serviços, e não apenas nos espaços formais de educação, implica considerar as impertinências dos modos de vida que se forjam e para os quais não temos soluções e respostas *prêt à porter*. Por isso, somos convocados a trilhar um campo de experimentação que desloque a ética de um plano intersubjetivo/interpessoal, privado-íntimo, para o plano da política que produz modos de existência. Isto não significa, de modo algum, desconhecer os códigos morais que tecem nossa existência; ao contrário, trata-se de colocá-los em análise permanentemente, de modo a perceber os efeitos que instituem.

Por fim, o debate acerca da ética e da técnica nas práticas educativas em saúde nos leva a tecer indagações quanto ao plano em que as técnicas são depositadas, comumente no domínio de uma pretensa objetividade, e em qual terreno localizamos a ética, usualmente na humanização das práticas de saúde; humanização aí entendida como esfera subjetiva de relações entre sujeitos idealizados e, portanto, abstratos.

No âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH/MS), tem sido afirmada a indissociabilidade entre modos de cuidar e modos de

gerir, entendendo que nossos dispositivos “técnicos” fabricam modos de existência e que, por isso, ética e técnica não são instâncias opostas. Do ponto de vista dos princípios e diretrizes, método e dispositivo desta política, a articulação entre ética e técnica coloca em cena a inseparabilidade entre modo de fazer (método), formas de intervenção, os dispositivos (técnicas) e a atitude (*ethos*) dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde – entendendo-se aí que os dispositivos são atualizações dos princípios e diretrizes em modos de operar/intervir. A atitude ética que se quer afirmar é aquela que se faz por um método de tríplice inclusão: dos coletivos, dos sujeitos e dos analisadores sociais expressos nas crises e perturbações que o encontro com a alteridade, com aquilo que há de estranho em nós, nos desloca das posições nas quais tecemos nossa existência. O que se busca afirmar aqui é uma ética da alteridade em que técnica e ética não são dissociáveis, posto que implicam práticas forjadas nas relações que constituem sujeitos e objetos e, desse modo, não se faz apartada do mundo em que criamos e convivemos.

Portanto, não se trata de um humanismo demasiadamente humano, como falou Nietzsche, postulado por um certo pensamento ocidental e pautado em um humano idealizado e abstrato. Mas de um humanismo que talvez seja do “baixo” humano no homem, sua face concreta em tudo que ela carrega, nas experiências concretas que efetua. A humanização ganha assim contornos outros, deslocando-se do campo de uma moral que faz escolhas entre o bem e o mal, ao acentuar os processos de produção de sujeitos.

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e, mais especificamente, para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados. Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, s/p).

Cabe então asseverar que os vínculos entre sujeitos não se efetuam fora do plano do cuidado e dos processos de gestão, se entendemos por gestão não uma realidade localizável em um posto (da

gerência) ou propriedade de um sujeito (o gestor). Aqui gestão tem o sentido de criação de normas (SCHWARTZ, 2000), de regulação do processo de trabalho, e é operada por todos aqueles envolvidos no processo de produção de saúde.

### Para concluir...

Se a indagação deste seminário situa a possibilidade de conciliar na prática educativa em saúde a ética e a técnica, diríamos que tal debate nos lança forçosamente à análise do modo como forjamos tais práticas. Entendendo que os processos de formação constituem-se como processos de produção de sujeitos, considerá-los como um processo de fazer-aprendendo/aprender-fazendo pode nos dar pistas no sentido de tomar a formação como produção de pensamento que cria realidades.

A separação entre ética e técnica, ou até mesmo sua oposição, tem-nos capturado em práticas instrumentais que nos encerram em códigos prescritivos externos ao fazer cotidiano da produção de saúde e intensificadores de tutela. A ação técnica não é um ato apartado do mundo, das relações políticas, sociais, culturais e econômicas que constituem homem e mundo, homem e técnica. Assim, pensar a técnica e a ética num mesmo plano supõe considerar as composições que se efetuam entre ambas e os efeitos que forjam.

Se a moral funciona a partir de códigos prescritivos e transcendentais, condicionada externamente por normas sociais, a ética requer uma ordem imanente. A ética, portanto, não diz respeito a um conteúdo a ser ensinado, mas a um exercício, um trabalho sobre si mesmo e sobre o outro em suas múltiplas formas de expressão e existência. Esclarecendo, contudo, que não se trata de um primado do “eu” voltado para si mesmo, de um primado da consciência de um “eu” que decide apartado do mundo, de um culto de “si” (GROS, 2004). A ética como exercício de liberdade implica, talvez, o primado da relação (de forças) que constitui os sujeitos, uma prática social de combate e vigilância ao que apequena a vida para “medir mais precisamente o lugar que se ocupa no mundo e o sistema de necessidades no qual se está inserido” (Foucault *apud* GROS, 2004, p. 652).

Neste sentido, retomamos a indagação proposta, reafirmando-a como pergunta incessante a ser experimentada cotidianamente em nossas práticas de produção de saúde, como um convite ao exercício ético: O que se passa quando dissociamos técnica e ética?

### Referências

- AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez, 2004.
- AYRES, J. R. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 6. junho, 2006. Disponível em: [www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br). Acessado em: 10 jun. 2008.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- \_\_\_\_\_. *As encruzilhadas do labirinto I*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- ESCÓSSIA, L. da. *Relação homem-técnica e processo de individuação*. Aracaju: Editora da UFS, 1999.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: MOTTA, M. B. *Ética, sexualidade, política/Foucault*. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 264-287.
- \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- \_\_\_\_\_. Política e ética: uma entrevista. In: MOTTA, M. B. *Ética, sexualidade, política/Foucault*. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 218-224.
- FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. (Org). *Saúde e loucura*, 2. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-82
- \_\_\_\_\_. *Palestra em Manchava, Moçambique*. 05/08/2005. Disponível em: [www.escolanomade.org](http://www.escolanomade.org). Acessado em: 5 jun. 2008.
- GROS, F. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MACHADO, L. Ética. In: BARROS, M. E. B. *Psicologia: questões contemporâneas*. Vitória: EDUFES, 1999.
- MASSARO, A. *Acercas do acolhimento em saúde*. Anotações não publicadas. Julho 2008.

MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface*. Comunicação, Saúde, Educação, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

ROLNIK, S. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHÃES, M. C. R. (Org). *Na sombra da cidade*. São Paulo: Escuta, 1995. p. 141-70.

SCHRAIBER, L. No encontro da técnica com a ética. *Interface*, n. 3, p. 123-140, ago.1997.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & educação*. Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul/dez. 2000.

## Articulando ética e técnica: o MST e a formação dos trabalhadores da saúde do campo

ISABEL BRASIL PEREIRA

É possível, na expressão atual da formação histórica capitalista, articular ética e técnica em um projeto de formação do trabalhador na saúde? O desenvolvimento desta reflexão, como nos ensinaram mestres da chama Escola de Frankfurt, como Adorno e Benjamin, exige tentativa de

não reproduzir esquemas mecânicos e fechados, incapazes de entender a dinâmica dos processos sociais e históricos em curso, e sim de construção de modelos críticos negativos e contraditórios, mediados e dialéticos, em que o pensamento não sucumba à vida social alienada, às várias formas que a dominação assume em nossa época, evitando as ilusões, extremas e complementares, de um mundo objetivado e sem fissuras e de uma subjetividade plena, isolada e provedora de sentido ao mundo [...] um trabalho crítico com e contra o conceito, passando ao largo da comunicação direta e ilusória. (PEREIRA, 2008, p. 9).

Pensar a articulação entre ética, técnica e educação na saúde requer entender o homem como construtor da sua vida, da sua história. Porém, e ao mesmo tempo, nunca ficar preso a armadilhas que o impeçam de perceber que no mundo administrado e constituído por classes sociais esse construtor não é livre para suas criações, não escolhe forma e conteúdo de suas criações e tampouco caminha para um estado de felicidade em que a relações entre os indivíduos sejam compartilhadas e definidas com base na solidariedade e no desejo de um mundo melhor para todos.

É bom avisar que a leitura negativa da condição atual da existência humana não é aqui assumida de modo a gerar imobilismo e mesmo um pessimismo desenfreado que condena qualquer ação ou movimento emancipatório a uma mera ilusão. Ao contrário, diria que esta leitura se configura como uma possibilidade real, concreta e imaginária, de construção de um outro modelo de civilização em que a ética não seja apenas uma maneira romântica ou cínica de escamotear a desigualdade entre os homens, e em que a técnica, a ciência e a tecnologia estejam voltadas ao social. Ou seja, com uma construção de sentido democrático, inseparável, portanto, do sentido de civilização contra a barbárie, da negação do aperfeiçoamento de técnicas pela ciência voltadas à destruição da humanidade e do privilégio a setores hegemônicos da sociedade.

Quanto à educação, ela é neste texto concebida como processo de formação humana, plena de contradições, realizada mediante os diferentes e/ou antagônicos projetos de homem e de suas criações. Há que se ressaltar as diversas assertivas sobre o que fundamenta a educação hoje. O debate de idéias entre os que afirmam ser esta fundamentação nas dimensões ética e política e aqueles advogam ser a educação, hoje, fundada na dimensão cultural.

Partindo da premissa de que a dimensão da formação cultural, no viés do pensamento crítico, não pode prescindir de entender a educação na sua dimensão ética e política, como possibilidade de transformação do existente, percebemos ser as dimensões ética e política o que fundamenta uma educação emancipatória, que, por sua vez, não pode prescindir da dimensão cultural, como base para a construção de um novo estatuto que tenha como negação a semicultura/semiformação (ADORNO, 2003). Isso significa que, nas análises aqui feitas, um projeto voltado à formação dos trabalhadores da saúde tem que abarcar a dimensão cultural da educação, como possibilidade de aliança entre técnica e ética.

As reflexões e análises deste artigo têm a indagação inicial delimitada e focada no projeto de educação dos trabalhadores da saúde do campo posto em prática pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) Uma das premissas desta delimitação é que a educação do campo, mais especificamente a educação da saúde do campo, se configura como um projeto ético, técnico e político. As

questões que constroem este estudo podem ser assim resumidas: em que medida há possibilidade de se construir a articulação entre ética e técnica na educação dos trabalhadores da saúde do campo? Como se explicita a articulação entre ética e técnica no projeto do MST voltado à educação dos trabalhadores da saúde do campo?

### **A ética e a técnica como construção individual e coletiva do homem**

O trabalho humano constrói e utiliza a técnica na produção de existência humana. Não há dúvida de que o desenvolvimento da técnica é fruto da razão humana, e que, neste final de século, diante de uma evidente crise da modernidade, tornou-se comum criticar a razão. Na verdade, certas representações e certas práticas, vinculadas a uma imagem de razão prática, instrumental, apenas pragmática, a serviço do controle e do capital, acarretam que o desenvolvimento científico e sua aplicação nas técnicas humanas sejam desenvolvidas voltadas à dominação e se tornem cada vez mais mercadoria no processo de acumulação do capital. De fato, uma crítica arrasadora que pode derivar, com facilidade, para a condenação de toda a técnica, toda a ciência e do conseqüente aprimoramento tecnológico.

Derrotado, o passado e suas esperanças da libertação através da razão parecem sair de cena. Ela, a deusa tênue e frágil, como nos alerta Freud, que surgiu voltada para a emancipação humana, para livrar o homem do medo e da ignorância, para dominar a natureza, organizar a sociedade e criar o progresso como fonte garantida de aliviar os sofrimentos humanos, tornara-se ela mesma um mito, uma nova forma de opressão e violência. Essa deusa frágil pode ser destruída, mas pode ser cultivada com muito cuidado, para que o mal-estar na civilização não se resolva, por exemplo, em patologias coletivas como os regimes totalitários (FREUD, 1990).

Como nos lembra Marilena Chauí (2000), na Antiguidade a palavra técnica (*techné*) corresponde à arte, significando habilidade, destreza, agilidade, e ainda em sentido estrito, instrumento, ofício. Técnica, como extensão do homem para vencer a natureza, e que junto com a política impulsiona a realização humana. Aristóteles, porém, estabeleceu duas distinções que perduraram por séculos na Cultura ocidental. Numa delas distingue ciência-Filosofia de arte ou técnica: a primeira refere-se ao necessário, isto é, ao que não pode

ser diferente do que é, enquanto a segunda se refere ao contingente ou ao possível, portanto, ao que pode ser diferente do que é. Outra distinção é feita no campo do próprio possível, pela diferença entre ação e fabricação, isto é, entre *praxis* e *poiesis*. A política e a ética são ciências da ação. As artes ou técnicas são atividades de fabricação.

Nos últimos séculos, a relação entre arte e técnica sofre profunda transformação. O estatuto da técnica modifica-se com o desenvolvimento da ciência, transformando-se em tecnologias, em uma forma de conhecimento e não simples ação fabricadora de acordo com regras e receitas (CHAUÍ, 2000.). Ou seja, sabemos que a moderna civilização urbana e industrial, desde seus primórdios, é inseparável das aplicações técnicas e tecnológicas do conhecimento científico, e que podemos remontar essa formação ao Renascimento, e séculos seguintes, como referência para poderosas intuições, experimentos e pesquisas nos campos da matemática, da física, da química e da astronomia. Como paradigma do homem do Renascimento, figura Leonardo da Vinci, projetando ou imaginando os mais diversos tipos de máquinas. Mas o grande impulso do conhecimento científico, livre das amarras da religião, viria mesmo com a Revolução Industrial. Começando pela Inglaterra, espalhando-se pelos países mais avançados da Europa, para ganhar o mundo, através da formação de Impérios Coloniais, na Ásia, no Oriente, na África, e na América.

Sobretudo, são impressionantes o crescimento das cidades e o surgimento de novas tecnologias nos séculos XIX e XX, alterando em profundidade a vida cotidiana, o trabalho e, certamente, a Educação. É também a época da obra de arte e sua reprodução técnica, como pensada por Walter Benjamin: arte e cultura deixaram de ser únicas, auráticas, podendo ser reproduzidas em grande quantidade. Em pauta, sem dúvida, as técnicas e tecnologias. A começar pela fotografia, seguida pelo cinema, pelo rádio, pela televisão, até chegar a formas eletrônicas de computação, alterando ainda mais a vida cotidiana, o trabalho, o lazer e os processos perceptivos e cognitivos de milhões de pessoas.

Não sendo a técnica, nem a ciência, nem a tecnologia, neutras, ficam subsumidas, com exceções cada vez mais raras, ao movimento do capital, que confere um sentido que não confirmaria as pre-

visões, até certo ponto otimistas, de Benjamin, e sim, muito mais, a crítica rigorosa de Adorno e de Horkheimer. Vale lembrar a figura central – a *indústria da cultura* – para se pensar os produtos do entretenimento de massas como mercadorias entre mercadorias, apenas um ramo a mais no sistema fetichizado de produção de mercadorias nas formações capitalistas avançadas, de modernização mais ou menos recente. Com isso, o mundo da máquina inclui os meios de massa, junto com a fábrica e os aparatos burocráticos das empresas capitalistas. Em outras palavras, os instrumentos técnicos – prolongamento das capacidades do corpo/pensamento humano na relação com a natureza e com os outros homens –, e a ciência capturadas pelo capital, se cristalizam e vão ter como predominância a produção de tecnologias que, ao invés de libertar os seres humanos do trabalho árduo e ampliar a saúde da população, são obrigadas a responder às prioridades dos grupos hegemônicos para a dominação. Aqui cabe mais uma vez lembrar Adorno, ao conceituar barbárie.

Nesse processo, a ciência aparece como condição de existência, ou pelo menos de aceleração espantosa do desenvolvimento de tecnologias. A racionalidade pragmática, apenas quantitativa, ajusta-se ao modelo abstrato das trocas e seus fetiches, servindo para organizar e controlar o mundo do trabalho e o mundo do lazer, integrando por inteiro as esferas da vida social, apesar de toda ideologia voltada para idealizar as idéias de *progresso e modernização*.

Lembremos que, sob o impacto de um racionalismo de ímpeto controlador, a luta pela emancipação dos dogmas e pela afirmação da autonomia da razão se transformou, infelizmente desde muito cedo, em fé na possibilidade de criação de um novo saber, capaz de expulsar os dissensos e as dominações, exatamente por exprimir uma verdade irrefutável, purificada das diferenças políticas, das particularidades culturais, enfim, apresentando-se como absolutamente *neutra*. A ciência moderna seria, ao mesmo tempo, a expressão e o modo de expressão desta nova religião laica. Trata-se da fabricação de uma nova autoridade, em nome da qual o discurso pensa poder realizar seu ideal de controle total da realidade: controle sobre o mundo das coisas, sob a forma de intervenção eficaz; controle sobre o mundo dos homens, sob a forma de consenso inelutável.

Forte desde o Iluminismo, a idéia de uma racionalidade capaz de organizar a vida coletiva, resolvendo conflitos e superando as desigualdades, garantindo os direitos e protegendo os cidadãos contra o arbítrio e a violência cega, atravessa otimista o século XIX, mas sofre um poderoso recuo no século XX. Torna-se uma nova mitologia, com aspectos fortemente regressivos, inseparável mesmo dos aparatos bélicos e destrutivos das guerras imperialistas promovidas pela expansão dos conglomerados capitalistas. Sabemos todos como as guerras são utilizadas para testar e expandir novas tecnologias, que em seguida serão aplicadas na organização do trabalho, na produção de mercadorias e na própria vida cotidiana.

As condições histórica, social e política que determinam e ao mesmo são também inflexionadas pelo desenvolvimento técnico-científico vão conferir à ética sentidos diversos. Lembremos da Antiguidade, a idéia da ética traduzida na busca das relações entre o bem comum e o individual, concebida como a busca da felicidade, da garantia do conhecimento da bondade para ser bom (como em Sócrates), e da necessidade de se materializar em ações objetivas para ter validade, sob a pecha de se tornar mera convenção social” (sofistas). Como retrata Marilena Chauí (2000):

Quando acompanhamos a história das idéias éticas, desde a Antiguidade clássica (greco-romana) até nossos dias, podemos perceber que, em seu centro, encontra-se o problema da violência e dos meios para evitá-la, diminuí-la, controlá-la. Diferentes formações sociais e culturais instituíram conjuntos de valores éticos como padrões de conduta, de relações intersubjetivas e interpessoais, de comportamentos sociais que pudessem garantir a integridade física e psíquica de seus membros e a conservação do grupo social. Evidentemente, as várias culturas e sociedades não definiram e nem definem a violência da mesma maneira, mas, ao contrário, dão-lhe conteúdos diferentes, segundo os tempos e os lugares. No entanto, malgrado as diferenças, certos aspectos da violência são percebidos da mesma maneira, nas várias culturas e sociedades, formando o fundo comum contra o qual os valores éticos são erguidos. Quando uma cultura e uma sociedade definem o que entendem por mal, crime e vício, circunscrevem aquilo que julgam violência contra um indivíduo ou contra o grupo. Simultaneamente, erguem os valores positivos – o bem e a virtude – como barreiras éticas contra a violência.

A autora chama ainda atenção para o fato de que, numa perspectiva de valores, a ética exprime a maneira como a cultura e a sociedade definem para si mesmas o que julgam ser a violência e o crime, o mal e o vício e, como contrapartida, o que consideram ser o bem e a virtude. Por realizar-se como relação intersubjetiva e social, a ética não é alheia ou indiferente às condições históricas e políticas, econômicas e culturais da ação moral (CHAUÍ, 2000).

Não há dúvida de que, na Antiguidade grega, a ética foi paradigma para a formação humana, centrado na “pessoa ética”, como finalidade para a educação, para possibilitar a política e o patrimônio cultural daquela civilização. O Iluminismo na sua aposta na razão e na escola pública como instrumento de difusão do conhecimento, não abandona o sujeito ético, mas pode-se observar que o sujeito político e a formação do cidadão ganham centralidade, acreditando que o desenvolvimento do conhecimento científico garantiria a ética. A partir do século XIX, a formação humana vislumbra o ser social. Com a ampliação da lógica da mercadoria, o sujeito (a pessoa) ético é abalado, fortemente, pelo avanço dessa lógica, ao mesmo tempo em que o trabalho, que é mediação de primeira ordem da produção científica e cultural, vai assumindo, mesmo na sua forma de trabalho imaterial, cada vez mais, a função de produção de valor.

### **Ética e técnica na educação dos trabalhadores da saúde do MST**

Diante do entendimento de que a educação é luta entre projetos de sociedade, o projeto do MST para a formação de trabalhadores da saúde do campo se insere a favor de concepção de sociedade onde não haja divisão de classes, desigualdades e formação de seres heterônomos. Trata-se, então, de projeto sempre em construção e inacabado, de se pensar e colocar em prática a construção de uma sociedade mais igualitária, com respeito às diferenças culturais, com formação voltada à autonomia. Ao afirmarmos isso, não estamos caindo em uma armadilha do idealismo, ou na visão ingênua de que neste caminho não há erros e acertos, e que é esse o único projeto para combater a lógica da sociedade sob a égide do capital. Trata-se, então, de entender a sociedade como local de construção do homem, e perceber as contradições do trabalho na saúde do campo e na cidade sob o modo de produção capitalista.

No projeto do MST, a universalização da escolaridade básica é pretendida, e o projeto educativo é construído com conteúdos e práticas de educação emancipatória. No caso da educação do campo, o MST compreende a escola, os assentamentos e acampamentos como lugares educativos. Como reflete Caldart (2008, p. 76), a própria história do MST “é a história de uma grande obra educativa. Se recuperarmos a concepção de educação como formação humana, é sua prática que encontramos no MST desde que foi criado: a transformação dos ‘desgarrados da terra’ e dos ‘podres de tudo’ em cidadãos, dispostos a lutar por um lugar digno na história”. Neste movimento, as diversas expressões culturais, a técnica e a tecnologia social, a arte são elementos centrais na educação das crianças e dos jovens e maduros trabalhadores

Pensando com Caldart (2008, p. 69), compreendemos a Educação do Campo como um conceito em construção na última década, diferenciado da educação rural “portanto, um conceito próprio do nosso tempo histórico e que só pode ser compreendido/discutido no contexto do seu surgimento: a sociedade brasileira atual e a dinâmica específica que envolve os sujeitos sociais no campo”. Ainda nas palavras da intelectual orgânica do MST, esse conceito não é fechado, arbitrário, e está sempre em movimento, “não é inventado por alguém, por um grupo, por alguma instituição, por um governo, por um movimento ou organização social [...]. O conceito Educação do Campo tem sua raiz na sua materialidade de origem e no movimento histórico da realidade a que se refere” (CALDART, 2008, p. 69).

Com base na tríade Campo-Políticas Públicas e Educação, a Educação do Campo parte de uma visão do campo como um lugar de embate entre capital x trabalho, sendo que este conceito

nasceu como mobilização/pressão dos movimentos sociais, da luta dos sem terra pela implantação da Escola Pública nas áreas da Reforma Agrária, [...] incluindo nesse processo a luta de resistência de trabalhadores do campo para não perder suas escolas. Nasceu precisando tomar posição no confronto de projetos do campo contra a lógica do campo como lugar de negócio (CALDART, 2008, p. 71).

A Educação do Campo proposta pelo MST é acumulação teórica e prática do movimento dos sem-terra pela educação. Neste caminho

está construção da “Pedagogia do Movimento” e foco nas escolas do movimento, e a ampliação do pensar a escola pública. Sempre presente está a construção da identidade do sem-terra, portanto um atributo de construção do sujeito social e coletivo, antagonista principal à imagem de alienação e subserviência passada pela ideologia, em que o campo é mostrado como lugar de atraso, político e educativo.

Na construção da identidade do sem-terra, a ética e a política são bases para a relação entre indivíduo e sociedade. A educação se apresenta como uma das principais práticas sociais instituídas e instituinte da articulação entre o sujeito ético e o sujeito político. Nas palavras de Caldart (2008, p. 76), “é também educação o que podemos ver em cada uma das ações que constituem o cotidiano de formação da identidade dos sem-terra do MST”.

O projeto político e pedagógico de Educação do Campo no MST é constituído, no âmbito escolar, em todos os níveis de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio, Educação Profissional (técnica, inicial e continuada) e Ensino Superior. A educação escolar é feita em escolas do movimento, escolas públicas e em parceria com demais instituições públicas (universidades, escolas técnicas etc.). Há que se chamar a atenção nas escolas do movimento sobre a forma da gestão do trabalho na escola. A participação de estudantes na manutenção da escola, como acontece, por exemplo, no Instituto Josué de Castro, em Veranópolis, Rio Grande do Sul. Integram o projeto de ensino as “escolas itinerantes”.

Ao refletir e construir a Educação do Campo, o MST parte da premissa de que universalidade não pode ser separada da particularidade. Isso leva à compreensão da resposta do setor da educação do MST, quando questionada sobre o perigo de um particularismo ao se pensar a Educação do Campo. A particularidade, neste caso, é condição da universalidade real.

O processo educativo é sempre individual e coletivo. No âmbito da relação indivíduo e coletivo, há que se estar atento para que não se caia na armadilha da construção de um indivíduo sem individuação, ou da negação de singularidades dos lugares e da existência da territorialidade.

Por ser a Educação do Campo no MST, como já dissemos, um projeto inseparável de projeto de sociedade, em que a educação

vislumbrada é para a emancipação e autonomia dos sujeitos envolvidos, a ética ganha materialidade tão perseguida por determinadas correntes de pensamento ao longo da sua história. Por sua vez, no mesmo sentido a técnica é entendida não apartada do conhecimento científico, e parte de uma concepção de ciência e tecnologia voltada à dignidade da população do campo. Trata-se da percepção de que a ciência, na sua relação com a técnica, deve estar pautada para a saúde e a felicidade de todos os indivíduos da sociedade, e não apenas voltada à acumulação do capital, à exploração e à mais-valia. É neste sentido que o movimento se posiciona contra o agronegócio e a favor da agroindústria, com cooperativas de trabalhadores. Essa abordagem está presente nos conteúdos dos cursos elaborados pelo movimento dos sem-terra

Entendendo ser a ciência inserida na história, em que é o ser oriundo das relações sociais que produz o pensamento, a reflexão e o conhecimento, a Educação do Campo, na sua dimensão ética, técnica e cultural, vai exigir um projeto de saúde e um projeto de formação dos trabalhadores na saúde em que seja desvelada a dominação do conhecimento por grupos minoritários, mas dominantes. Ao mesmo tempo, a Educação do Campo, oriunda do movimento dos sem-terra, exige que ela mesma se configure como resistência (reação e criação) à face que ciência e tecnologia em saúde adquirem sob a égide do capitalismo. Neste sentido, a técnica, a ciência e a tecnologia, os processos de sua construção e a aplicação dos seus resultados devem negar o cientificismo e a construção do desenvolvimento científico voltado à regressão; conservar os avanços científicos e tecnológicos voltados à melhoria da qualidade de vida e buscar a superação na produção e democratização de acessos desses saberes, construídos pela humanidade, para a saúde da população e não uma parcela da mesma – isso significa pensar a sociedade como lugar de construção dessas relações e de produção deste conhecimento. Neste sentido, o projeto de formação de trabalhadores na saúde do campo tem que combater a captura hoje, no capitalismo contemporâneo, da capacidade de elucidação humana, e seus protocolos que impedem o homem de pensar a sociedade como lugar para sua criação.

O projeto de educação do movimento dos trabalhadores sem-terra pode ser entendido como uma prática social que lida com o real

e visa à possibilidade de um outro mundo, outra sociedade, outra forma de produzir a existência humana. É uma outra construção de sentido, da ética, da política, da técnica, da ciência e da saúde, voltado à emancipação. Não à toa, escolas do MST têm sofrido perseguição e arbitrariedade por parte de defensores do capital, quer seja dificultando a autorização de seus cursos, quer interferindo em seus currículos, quer extinguindo escolas, ao mesmo tempo em que põe em curso cada vez mais a criminalização do movimento.

O projeto pedagógico escolar do MST apresenta a organização curricular pautada pelo tempo-escola e tempo-comunidade. O ensino médio e técnico tem no seu currículo a iniciação científica. O estudante, ao final do curso, apresenta monografias, orientadas por professores, que serão submetidas à banca examinadora. Os temas são variados e os objetos de investigação são constituídos de questões pertinentes aos assentamentos e acampamentos, sem apartá-los de outros problemas nacionais e internacionais. A relação entre o universal e o particular não é perdida; muito ao contrário, se constitui praticamente como conhecimento teórico-metodológico, quer seja na elaboração da monografia, quer em outros momentos do currículo.

O universal e o particular, partindo de uma concepção dialética na formação em saúde com base no conceito ampliado de saúde, suscitam interrogações, tais como: existe uma educação particular voltada ao trabalho em saúde do campo? Ou melhor, há que se ter uma educação particular do trabalhador da saúde do campo? Afirmar a saúde do campo é sinônimo de um especialismo pautado por uma visão funcionalista do conhecimento e da sociedade?

Construir uma educação voltada para a saúde do campo, para que sejam formados trabalhadores da saúde do campo é pertinente, e não se configura como um especialismo reducionista, visto que nos lembra Caldart (2007):

a universalidade sempre existe em relação à particularidade: não é possível separá-las, ainda que constituam momentos distintos de nossas operações conceituais e nossos engajamentos práticos. É pensar a universalidade da formação humana sem deixar de lado as singularidades do conhecimento, sem prejuízo de enfoques analíticos. Ou ainda, é perceber no particular da educação da saúde do campo, características universais da educação e da saúde.

A educação do trabalhador na saúde do campo, planejada e ministrada em escolas do MST, e escolas nas quais o processo educativo na saúde do campo segue os mesmos princípios e práticas, tem significativo papel no ensino médio e técnico. Essas escolas realizam cursos como os de técnico de enfermagem e técnico em saúde comunitária para as populações dos acampamentos e assentamentos.

Concepções e práticas de saúde no campo que orientam os cursos nas escolas e outras práticas educativas nos assentamentos são traduzidas nas palavras abaixo:

Saúde não é só curar doenças. O meio-ambiente, as condições de vida sociais e políticas e a alimentação são algumas das características que podem garantir uma vida mais ou menos saudável. “Todo mundo tem problemas de saúde. Cabe a nós, como pessoas excluídas do processo de atendimento, trazer essa pauta para discussão na sociedade” (Dirlete Dellazeri, setor saúde MST e ex-coordenadora do Curso Técnico de Agente de Saúde Comunitária do IEJC, 2006).

Observa-se a adoção do conceito ampliado de saúde, e tal análise pode ser comprovada nas declarações e documentos produzidos pelo MST.

Para os Sem-Terra, a saúde está intimamente ligada às condições de vida das pessoas, sejam sociais, econômicas, políticas, nutricionais ou ambientais, tanto na cidade como no campo. São elas que nos garantem uma vida mais saudável ou menos saudável. Por exemplo, se eu moro em um lugar que tem saneamento básico, é mais difícil contrair verminose. Saúde não significa ausência de doença. Consideramos o adoecimento um processo... Para nós, os pobres do campo, ter saúde significa realizar a Reforma Agrária. Hoje, para quem mora no campo, ser uma pessoa saudável passa necessariamente pela mudança desse modelo econômico, voltado para a produção da monocultura extensiva, destrutiva do meio-ambiente e predadora dos recursos naturais. O agronegócio é voltado apenas para exportação, não para a alimentação do povo, e ainda usa amplamente produtos químicos na lavoura. Essa agricultura hoje produz doença (DELLAZERI, 2006).

As concepções e práticas de saúde do MST são construídas e ao mesmo tempo procuram se efetivar auxiliadas pela organização da saúde no movimento – acampamentos, assentamentos, esferas públicas de discussões e debates – traduzindo um modo de organização política, uma idéia ética, técnicas e estratégias de organização da

população do campo. Após as ocupações das terras, os trabalhadores se organizam em núcleos e elegem representantes para os setores do movimento (educação, saúde, produção etc.). Quanto às esferas e fóruns nacionais do MST, no que diz respeito à saúde, organizada desde a criação do movimento, constitui-se, em 1998, o “Coletivo Nacional de Saúde”, com representantes dos estados. Já na criação do referido Coletivo, os princípios e diretrizes das ações do movimento em relação à saúde foram construídos articulados à moradia, educação, lazer e incorporados à luta pela terra (MST, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é entendido pelo movimento como um avanço e conquista da classe trabalhadora, mas sua implementação e algumas distorções que o mesmo vem sofrendo, quer em decorrência das mediações que teve que fazer no processo da sua criação por lei, quer pelas condições impostas pelas políticas governamentais a favor do capital, são alvos de críticas do movimento. As críticas vêm acompanhadas de declaração a favor de retomada do projeto da Reforma Sanitária e da adoção de ações de saúde que resgatem os saberes populares em saúde esquecidos pela lógica de um modelo devastador capitalista que destrói culturas, a favor da mercantilização da saúde. A ausência na Lei do SUS sobre a saúde da população rural é também mencionada. Nas palavras de militantes do MST do setor saúde:

O SUS é uma política avançadíssima no texto da Constituição Federal. Nós não temos, em nenhuma outra área, uma política de saúde igualitária e humana como é a do SUS, que prevê o atendimento universal, sem discriminação. Só que na prática, isso não acontece porque estamos em um Estado que não tem interesse em atender à população. O Estado, que deveria ser o executor dessa política pública, está essencialmente voltado aos interesses do capital [...]. Como esse foco, ele privilegia as indústrias farmacêutica, de equipamentos hospitalares e os laboratórios, sem discutir como nós somos atendidos. Nós temos que defender o SUS, mas precisamos entender que isso não significa apenas brigar com o prefeito, o secretário de Saúde ou o Ministério. Infelizmente existe uma política hegemônica para atender ao capital. O nosso sistema de saúde precisa ser resgatado e retirado das garras das empresas transnacionais para ir para as mãos do povo (DELLAZERI, 2006).

Considerada inseparável da saúde do campo, a formação qualificada de trabalhadores se articula e fundamenta nas concepções de

educação do campo, aqui já referidas. Nas palavras transcritas abaixo, de militante do MST:

Nós organizamos cursos nos estados que estão voltados para discutir as políticas públicas. Temos trabalhado terapias complementares através de oficinas, especialmente sobre plantas medicinais. Tratamos também de questões relativas a nutrição, saúde da criança e do idoso, direitos quando sofremos acidentes de trabalho, etc. Mas nesses últimos anos, temos nos dedicado bastante à formação mais convencional. Hoje nós temos os Técnicos em Saúde Comunitária, que fazem o ensino médio junto com o curso técnico e têm o diploma reconhecido pelo Ministério da Educação. O curso não trata tanto da saúde relativa à cura, ao ambulatório, mas forma os estudantes para sair a campo. (DELLAZERI, 2006).

O Curso Técnico de Agente de Saúde Comunitária já formou várias turmas, tendo atualmente um número significativo em andamento em estados como no Rio Grande do Sul, Sergipe, Bahia, Piauí, Maranhão. Há trabalhadores sem-terra que são agentes comunitários de saúde inseridos em programas como o PSF e, em alguns estados, participam nas instâncias de controle social do SUS (MST, 2005b). O modelo de agricultura familiar requer que alguns integrantes da comunidade exerçam atividades do campo não diretamente ao plantio, mas que são indispensáveis ao trabalho do campo.

O Curso Técnico de Saúde Comunitária traduz os princípios da educação do campo, da educação profissional articuladas às ações para que os trabalhadores da área da saúde devem estar preparados. O referido curso tem no cuidado na saúde e na integralidade premissas que orientam as ações. Questões relativas à saúde da mulher são exaustivamente trabalhadas, assim como a saúde do idoso, a saúde da adolescência e da criança (Coletivo Nacional de Saúde do MST, 2001).

Em relação aos conteúdos e práticas trabalhadas na educação da saúde do campo, há preocupação constante para que os temas e questões não sejam apartados uns dos outros e que sejam articuladas às discussões sobre as políticas de saúde, conteúdos/questões presentes em todos os cursos da saúde. A iniciação científica se articula ao trabalho como princípio educativo. Os cursos técnicos de nível médio em saúde integrados (Ensino Médio e Formação Técnica) têm como concepção o trabalho como princípio educativo, como mediador de primeira ordem na produção de existência humana.

Nos recentes seminários realizados no Instituto de Educação Josué de Castro, situado em Veranópolis, Rio Grande do Sul, conteúdos sobre economia e políticas de C&T têm sido objeto de debates para sua inserção no currículo de cursos técnicos de nível médio integrado ou subsequente ao Ensino Médio, estando aí incluídos o de Agente de Saúde Comunitária e os cursos de Ensino Médio. A Educação Superior é ministrada em parceria com outras instituições de ensino.”Temos também cerca de 80 Sem-Terra que fazem Medicina na Escola Latino-Americana, em Cuba. No ano passado, a primeira turma de 11 estudantes se formou e voltou para o Brasil. Em agosto deste ano, mais uma turma completará a graduação”. (DELLAZERI, 2006).

Recentemente, no início deste ano de 2008, em parceria com a Universidade de Brasília (UNB), foi criado o Curso de Pedagogia do Campo. As parcerias com a Universidade pública fazem parte da política de formação do MST na saúde e em demais áreas, como história, economia.

Quer seja nos assentamentos e acampamentos, entendidos como lugares educativos, quer nos cursos voltados à formação em saúde, a educação da saúde do campo abarca conteúdos e práticas que vão desde o resgate de ações terapêuticas com base no saber popular até conhecimentos sobre laboratórios, articulando-os, como já mencionamos, às discussões sobre as políticas de saúde.

Além de garantirmos que o SUS se concretize de fato, temos também o desafio de resgatar e incentivar as práticas não-convencionais, conhecidas como terapias alternativas. Nós, Sem-Terra, temos muita tradição em usar plantas medicinais para consumo humano e animal. Isso é bastante tradicional para o povo do campo, que sempre produziu seus próprios medicamentos. Procuramos estimular o plantio e o uso correto dessas plantas, levando a informação e o conhecimento aos trabalhadores e às trabalhadoras rurais. Além das plantas, utilizamos a barro-terapia, a acupuntura e a bioenergética, entre outras. São terapias que dão bons resultados (DELLAZERI, 2006).

Textos e documentos de órgãos governamentais mencionam que políticas voltadas à educação da população do campo ganharam destaque na agenda governamental, devido à forte pressão da “organização dos povos do campo”. No âmbito dessa mobilização, o

projeto de educação do MST ganha destaque. Na educação, a formação individual e coletiva, através da produção de sujeito, ético e político, faz com que as técnicas utilizadas e as também ali construídas não sejam autonomizadas em relação ao projeto voltado para a emancipação e autonomia.

A saúde do campo, a educação na saúde do campo emerge deste mesmo processo, e é compreendida no âmbito do todo social. Nesse processo, a construção do sujeito ético respeita sua condição sobre o agir de cada pessoa, e ao mesmo tempo expressa a universalidade contida na idéia de ética. O sujeito ético e o sujeito político são educados na síntese do diverso em que se configura a totalidade social. A sociedade civil é compreendida como esfera de embates:

Acho importante dizer que queremos construir processos de mobilização, fazer da saúde uma bandeira de luta no Brasil, que unifique a população. Todo mundo tem problemas de saúde. Cabe a nós, como pessoas excluídas do processo de atendimento, trazer essa pauta para discussão na sociedade (DELLAZERI, 2006).

### Considerações finais

Refletir sobre a formação humana em sua totalidade, suas contradições e tensões, tendo em vista o modo de produção da existência, é central para a compreensão das relações sociais e sua possível transformação. A saúde é prática social articulada ao trabalho, à educação. O conceito ampliado da saúde afirma como condição que a formação de seus trabalhadores não ignore o conhecimento das relações sociais capitalistas, na medida em que vincula a saúde às condições de existência do homem. Nessa vertente, há que se reconhecer que o processo do trabalho educativo na saúde e o processo de trabalho na saúde, embora com diferenciações e particularidades, ocorrem numa relação dialética de subsunção do trabalho humano ao capital.

Ao explicitarmos a educação voltada à formação profissional na saúde do campo como um projeto que articula ética e técnica, lembramos que a ética busca definir um sujeito ético (consciente, livre e responsável pelo que faz) e o conjunto de noções (valores) que balizam o campo de uma ação que se considere ética (CHAUÍ, 2000). A ética é uma idéia que contém o questionamento e a crítica. O projeto da educação voltada à saúde do campo do MST, como

projeto ético, questiona “leis” que aprofundam uma sociedade desigual, se opõe à produção de sociedade pautada pela heteronomia, denuncia a saúde como mercadoria, e incorpora no seu processo educativo a luta contra a violência.

A ética se opõe à violência [...]. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa, fazendo-lhe violência nos cinco sentidos em que demos a esta palavra [...]. Do ponto de vista ético, somos pessoas e não podemos ser tratados como coisas (CHAUÍ, 2000).

O projeto educativo dos trabalhadores da saúde do campo do MST é trabalho cotidiano que nega os seres humanos como “coisas”, meros recursos utilizados para produzir riqueza e “felicidade” de alguns. Para tal propósito, tem que construir uma idéia ética que se materialize na prática de cada indivíduo. A criação de sujeito ético como fundamento do processo educativo no campo, hoje, requer a consciência de que, de maneira mais veloz e arrasadora que nas décadas passadas, está em curso a instauração, pelo capital, da saúde como mercadoria, através da apropriação do trabalho do camponês e traçando a direção dos avanços da ciência e da tecnologia para tais fins. Não à toa, o MST combate o agronegócio – que na sua ambiguidade concilia trabalho escravo com tecnologias avançadas –, a monocultura, o uso de agrotóxico desenfreado. Aqui cabe lembrar que a ética não é um estoque de condutas e sim uma práxis que só existe pela e na ação dos sujeitos individuais e sociais, definidos por formas de sociabilidade instituída pela ação humana (CHAUÍ, 2000).

Articuladas a essa idéia de ética, são adotadas e construídas técnicas e tecnologias, na formação em saúde do MST, que primam pela participação coletiva, parcerias com instituições de pesquisa e ensino e profissionais da saúde e da educação do campo e da cidade; pela construção de currículos integrados e outras formas de técnicas e tecnologias educacionais. Nas técnicas do processo de trabalho em saúde, empregadas no processo educativo, o cuidado na saúde com base na solidariedade, na confiança, no regate do

saber popular e na incorporação do desenvolvimento científico materializado em tecnologias que se preocupam com a relação indivíduos, grupos com o meio ambiente.

Nas discussões que nós temos feito nos acampamentos e assentamentos, falamos justamente sobre como cuidar do meio-ambiente, das nossas casas e do entorno. Colocamos também a questão da alimentação e como produzir alimentos saudáveis, sem agrotóxicos. Nós pensamos muito sobre a agroecologia, que é tão essencial quanto a discussão acerca das políticas públicas de saúde (DELLAZERI, 2006).

Observar, sentir e interpretar as interações entre indivíduo, sociedade e natureza, entre mundo natural e a sociedade, criação humana e natureza, e formas e maneiras de captura da totalidade social, constituem o que deve ser conhecido para que se construam e utilizem, no processo de trabalho em saúde, técnicas e o aperfeiçoamento das mesmas pelo conhecimento científico (tecnologias), articuladas a uma idéia ética. Educação voltada aos trabalhadores da saúde do campo práticas de saúde do cotidiano histórico e cultural do campo, da relação campo-cidade, da interação entre sociedade e natureza. É trabalho de reação à lógica capitalista do progresso que se traduz na realidade como regressão. É projeto de educação contra a barbárie (ADORNO, 2003).

Trabalho que impõe crítica, esforço, constância, disciplina e rigor. Algo diferente da posição populista e panfletária que banaliza e simplifica a complexidade do conhecimento, da sociedade, ou ignora a possibilidade do poder de criação humana para a mudança. Difícil, mas que pode se traduzir como alegria na educação e na escola, como indica de forma tão clara Georges Snyders, e na educação e trabalho na saúde, como se realizam os projetos educativos do MST.

## Referências

- ADORNO, T. *Educação e emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- CALDART, R. Sobre a educação do campo. In: SANTOS, C. A. (Org). *Por uma Educação do Campo*. Brasília: INCRA/MDA, 2008.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
- DELLAZERI, D. Entrevista, 20 jul. 2006. Disponível em: [www.mst.org.br](http://www.mst.org.br). Acesso em: jul. 2007.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *1ª Oficina*. Relatório. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. *Proposta do curso técnico de saúde comunitária*. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde, 2001.

PEREIRA, I. B. Notas sobre as inflexões da teoria crítica na formação técnica em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 9-17, 2008.

# Construindo saberes recíprocos: ética e técnica na prática educativa em saúde

LILIAN KOIFMAN  
JULIO ALBERTO WONG UN

Em nosso trabalho na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I<sup>1</sup> (KOIFMAN *et al.*, 2008; SAIPPA-OLIVEIRA *et al.*, 2005), temos colecionado experiências vividas com nossos estudantes que demonstram, a nosso ver, potencialidade de real colaboração da mesma, para a transformação dos profissionais de saúde, na direção da formação de profissionais conectados com o mundo que os cerca, preparados para a atuação em equipe, e com disponibilidade para trabalhar na integralidade. Enfim, profissionais preparados para construir um SUS democrático, efetivo e eficaz.

Em outras publicações, refletimos sobre o perfil desejado do profissional de saúde em formação, ressaltando a importância de desenvolver a habilidade do ouvir como

condição básica para o surgimento de vínculos que permitam estabelecer a confiança necessária para que haja trocas de experiências pessoais que levem ao crescimento das pessoas envolvidas. Ouvir é acolher sem julgar; é, junto com o outro, construir o sentido daquilo que está sendo vivido (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2005, p. 143).

---

<sup>1</sup> A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense se constrói na busca da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, a partir da articulação com disciplinas teóricas, com o campo de prática das profissões da área da saúde e com o desafio de tecer uma rede de saberes centrados na integração aprendizagem-extensão-pesquisa. Em outras publicações do LAPPIS, descrevemos a disciplina, sua metodologia e características (SAIPPA-OLIVEIRA *et al.*, 2005; MARCH, *et al.*, 2006).

Na nossa experiência docente, na preceptoria de campo, buscamos trabalhar essa habilidade em nossos alunos de várias formas, tanto na escuta dos colegas de turma com a necessária atenção e respeito, quando no ouvir o usuário.

Pelas características da disciplina, os alunos entram – desde o primeiro período – em contato com profissionais de diversas áreas da saúde (e de outras áreas), na perspectiva de que reconheçam a necessidade da atuação das várias áreas para a compreensão e solução de problemas de saúde. Ao mesmo tempo, esse contato com as várias profissões pretende estimular a prática, tão desejada, da atuação em equipes multiprofissionais. Desde a conformação da equipe de preceptores de várias áreas (nutrição, odontologia, ciências sociais, pedagogia, psicologia, medicina, enfermagem, veterinária, etc.), fornecemos os subsídios para o debate sobre a centralidade do poder médico nas equipes.

Outro aspecto importante da inserção dos estudantes no campo se percebe pela tentativa de construção, com cada espaço de atuação dos estudantes naquele semestre, da pactuação do trabalho a ser realizado, de acordo com as necessidades e interesses dos diversos atores com quem convivem (acadêmicos, profissionais, usuários, movimentos sociais e serviços). Isso se dá na perspectiva da construção do compromisso e da responsabilidade profissional desde o começo de sua formação. Ao final desse período, os estudantes são estimulados a deixar sua contribuição efetiva para a equipe com que conviveram – usuários e profissionais em geral.

A metodologia escolhida para que seja possível essa inserção também facilita: atividade em pequenos grupos, relação professor-aluno estimulada pelo diálogo, avaliação durante todo o percurso (e não somente ao final do semestre), estímulo à participação e criatividade dos estudantes, etc.

O desenho do curso de Medicina da UFF possui elementos que potencializam a formação de um profissional médico não só com competência técnica, mas, sobretudo, uma formação que ressuscite o rosto humano da sociedade para esses profissionais (MARCH *et al.*, 2006).

Neste texto, pretendemos apresentar narrativas sobre a prática educativa realizada na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado

I, no curso de medicina, onde buscamos conciliar o aprendizado do comportamento ético com o do saber técnico.

### **Aprendendo a (re)conhecer o outro: escuta, vivência e observação**

Uma das experiências que passamos a relatar ocorreu com estudantes do segundo período de medicina, observando e participando de atividades de uma equipe multiprofissional de saúde, trabalhando com pacientes soropositivos (adultos, gestantes e crianças). O local – Coordenação de Aids – onde o grupo de 12 estudantes realizou seu trabalho de campo foi criado em 2001 como um local de acolhimento, escuta, educação para a prevenção e a promoção de saúde. A equipe multiprofissional de saúde realiza atendimentos individuais e em grupo. Existem, ainda, grupos de convivência, atendimento psicológico, pediátrico, imunológico, nutricional, odontológico, consulta de enfermagem, etc. (KOIFMAN *et al.*, 2008).

Segundo os depoimentos dos estudantes do segundo período do curso de medicina da UFF, a aproximação com a prática desde o começo do curso, promovida pela disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I, ajuda o aluno a compreender melhor a atuação do profissional de saúde e as dificuldades existentes no campo.

Falas de estudantes recolhidas nos últimos cinco anos apresentam elementos de interesse. Ao circularem pelo setor, que se localiza dentro do Hospital Universitário Antônio Pedro, atendendo soropositivos, diversas vezes relatam que sentiram medo ao serem sorteados para o grupo com o tema da Aids. Mas aos poucos percebem que encontram pessoas “normais”:

Ví e convivi com pessoas iguais a mim e isso me impressionou.

Nas primeiras idas ao local fiquei com medo de sentar nas cadeiras, tocar nas coisas dentro do setor e até medo dos mosquitos que voavam por lá: seriam transmissores da Aids?

Me senti do lado das pessoas que esperavam para o começo da atividade do grupo de convivência. Quando cada um começou a se apresentar pensaram que eu também estava lá por ser paciente e contei que era aluna da medicina. Ou seja, sou exatamente igual a qualquer um deles! Isso me fez pensar como estou carregada de preconceitos!

Nesses primeiros depoimentos reconhecemos a necessidade de convivência com o que eles consideram, até aquele momento, diferente, para aos poucos superarem os preconceitos e idéias formuladas em suas vidas. Esses estudantes, ao entrarem no curso de medicina, não começam de uma estaca zero, do tipo “aqui começa sua vida”. Alguns poucos têm 16 ou 17 anos e a maioria tem cerca de 20 anos. Essa experiência de vida, muitas vezes vivida em centros urbanos diferentes de Niterói e, em outros casos, cidades do interior do Brasil, os constrói repletos de curiosidades e idéias preconcebidas sobre o que é ser médico, quem serão os pacientes e usuários com quem trabalharão, como lidar com um doente crônico, o que é um soropositivo. Portam, ainda, a idéia do senso comum, da imagem da pessoa magra, sem cor, com manchas na pele, como o que se viu na década de 80 em filmes, shows do Cazuza, etc. Não passa pela cabeça deles, antes de entrar na coordenação, que verão pessoas que aparentam mais os problemas decorrentes da pobreza que os específicos da doença.

Em depoimento emblemático, outra aluna, ao avaliar a disciplina no final do semestre, disse que se tivessem perguntado a ela, no começo do semestre, se preferia entrar numa sala lotada de gente gripada ou em outra lotada de pacientes soropositivos, com certeza teria optado pela primeira sala. Ao terminar o semestre, não tinha a menor dúvida de que optaria pela segunda sala: “Além de desconhecimento sobre o assunto, eu ainda carregava muito preconceito”.

Outro aspecto relatado pelos estudantes remete justamente ao fato de conviverem com usuários advindos de classes sociais diferentes da deles (mais baixas). “São pessoas que lidam com as dificuldades de poder vir ao hospital (muitas vezes não requerem o passe-livre por medo de serem identificados nos transportes coletivos); outras vezes não dispõem de relógio (necessário para controlar as horas de tomada do medicamento); outros, ainda, são moradores de rua”. Para esses estudantes de medicina, estes são exemplos de um mundo que ainda desconhecem. Em sua maioria provenientes de classes média e alta, se surpreendem e se chocam com a pobreza e a dificuldade do dia-a-dia de suas vidas. Esse choque de realidade muitas vezes é valorizado quando percebem que esses serão seus pacientes e as pessoas com as quais conviverão ao se formarem.

Também realizamos atividades para discutirmos questões sobre sexualidade, preconceitos, diferentes de opções de vida, etc. Em geral esses temas são abordados logo no início da entrada no campo, com dinâmicas de grupo aplicadas pelos profissionais da equipe do local que visitamos. Para esses estudantes, recém-saídos da adolescência (ou ainda saindo dela), aparecem muitas dúvidas, curiosidades, medos, ansiedades, etc. Aproveitam o momento para tirarem dúvidas sobre as doenças sexualmente transmissíveis e, por vezes, quanto ao uso dos contraceptivos. Também é uma preocupação da equipe com a qual convivemos, que esses jovens sejam multiplicadores de informações preventivas contra a Aids.

Nas atividades realizadas neste semestre, tivemos a oportunidade de testar nossos preconceitos, pois nos possibilitou discutir temas bem delicados como homossexualidade, traição, dependência de drogas, etc., o que é importante para nós futuros médicos, pois lidaremos com pessoas dos mais diferentes tipos e deveremos tratar a todas de maneira igual e sem julgamentos.

Obtivemos mais informações sobre HIV/Aids, como as questões relacionadas aos pedidos de exames, período de janela imunológica, além de uma aula sobre como colocar a camisinha corretamente... Percebemos que não sabemos!

Tivemos a oportunidade de conhecer um trabalho importante, incluindo a soronegativação de crianças e acompanhamento de gestantes, que funciona tão perto de nós e que muitos ainda não conhecem, trabalho este que nos estimulou a realizar o trote solidário, onde pretendemos ajudar mamadeiras, leite e outras coisas.

Também é uma surpresa para os estudantes a metodologia usada na disciplina. Ao nos organizarmos em grupos pequenos, onde as leituras de artigos científicos são dinamizadas, com conhecimento compartilhado, e sendo a organização das visitas feita de forma participativa (eles decidem, a partir de uma gama de possibilidades, como nos organizaremos), eles sentem que terão maior liberdade e, muitas vezes, não sabem o que farão com ela. Para alguns estudantes, isso representa um estímulo e até chegam a faltar a aulas de outras disciplinas para realizar tarefas ou visitas para o Trabalho de Campo. Em outros casos, sentem tanta liberdade que acabam atendendo mais a outras disciplinas que os pressionam e exigem resultados quantitativos (provas, etc.). Isso é perceptível na fala a seguir:

A disciplina TCS I foi uma “coisa” muito nova e interessante para a minha cabeça. Creio que, assim como eu, nenhum dos outros integrantes da turma teve a oportunidade de “estudar” em uma disciplina com este estilo de aprendizado antes de entrarem na universidade. Ela nos livrou um pouco daquele estressante e massificante processo de aprendizagem que é normalmente empregado, onde você sabe tudo antes da prova e uma semana depois já esqueceu tudo. Com ela, a gente aprende, mas não esquece uma semana depois, pois tratam de casos que interferem na nossa ideologia e personalidade por abordar temas relacionados à função social do médico e da sociedade e que, muitas vezes, passam despercebidos por estes.

Pelas falas coletadas, parecem sentir-se respeitados e, em consequência, sentem-se estimulados ao aprendizado:

Recebemos uma orientação muito boa baseada na compreensão e não na pressão, no respeito, na troca de conhecimentos e na amizade o que nos estimulou por perceber que éramos livres para tomar as melhores decisões porque alguém que nos conhecia e acreditava nosso potencial, estava ali, esperando o nosso bom desempenho. Certamente, a disciplina acrescenta muito ao curso de medicina e as nossas vidas pelo fato de nos colocar diante de diferentes realidades social, econômica e cultural e diante de dificuldades pelas quais passaremos durante a prática médica e pelas quais passamos na prática diária de nossa cidadania.

Sendo assim, o estudante passa de sujeito passivo para ativo, compreendendo as tarefas escolares e principalmente a sociedade na qual vive, focando seu papel social, isto é, aprendendo na sua formação, como irá atuar para contribuir com a construção da sociedade que aspira. Assim, os estudantes exercitam pensar criticamente, lidando com problemas que ultrapassam o limite tradicional das disciplinas.

Nesse contexto, cabe ao preceptor orientar e analisar as percepções iniciais dos estudantes com o intuito de substituir a memorização e execução mecânica exercida em outras disciplinas, pela construção do conhecimento valorizando suas aprendizagens subjetivas. A avaliação, nessa disciplina, visa a acompanhar o avanço dos educandos, detectando a tempo suas dificuldades, sem desrespeitar seus limites.

Os estudantes, em geral, se acostumam com relações de poder entre o professor e o aluno que induzem ao autodisciplinamento. No caso desta experiência de ensino-aprendizagem, ambos os agen-

tes aperfeiçoam seus papéis e passam a incluir em seu cotidiano escolar novas formas de pensar a realidade, novas técnicas de estudo, ensino e aprendizagem, sem dissociar o método e o conteúdo. A idéia tem sido avançar para a construção de um domínio que legitime o aprendizado e a utilização de metodologias inovadoras.

Esse formato leva em conta que o futuro profissional de saúde adquire maior capacidade de decisão e possibilidade de enfrentar os desafios.

Rompe-se assim a lógica vertical através de uma leitura plural e unívoca dos objetos e disciplinas práticos e teóricos, substancializados a partir da reflexão crítica dos diversos agentes das universidades, ou seja, dos estudantes docentes e profissionais da rede de saúde. (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004, p. 161).

É muito interessante perceber que, para o aluno, a disciplina o aproxima da profissão que escolheu:

A disciplina TCSI é a que chega mais perto da realidade de um médico. Entre tantas matérias teóricas e básicas que temos nos primeiros períodos, essa me chamou atenção pela parte prática, pelo contato com as pessoas e pelo gostinho de lidar com elas. No meu ponto de vista, é isso que ela contribui para a formação médica: ela, desde no primeiro semestre, nos habitua e ensina a lidar com pessoas.

Aprendi sobre o tema de uma maneira nova e eficaz, e sei que, do que eu vi, não vou me esquecer nunca.

Outro ponto interessante a se destacar na vivência no campo é o confronto que muitas vezes ocorre entre o saber técnico e os saberes populares. É importante que, em sua formação, o aluno perceba que assim como ele tem suas crenças e opiniões, o usuário do sistema de saúde também tem seus posicionamentos e crenças, que devem ser respeitados.

Prestar um atendimento integral implica a observância de todos esses pontos, para que a aproximação com o paciente não seja um confronto de idéias, mas sirva para a construção de um proceder mais responsável e que traga benefícios ao paciente dentro do que ele espera e planeja para sua vida (KOIFMAN *et al.*, 2008, p. 14).

A narrativa a seguir recria e interpreta uma segunda experiência singular significativa que poderá suscitar diálogos com vários níveis

de percepção, pensamento e reflexão. Diálogos dentro do texto, dentre os autores, e com os leitores – individuais ou coletivos. Ela pode ser lida tendo presentes noções como: cenário de aprendizagem, experiência singular, vivência de grupo, emoções e afetos, aca-sos, integralidade, cuidado, etc. Pode, por outro lado, ser lida buscando (re)ver experiências diretas transformativas – que, ao serem transformadas em conceitos, inevitavelmente ficam mais pobres. Aproxima-se à idéia de *experienciação* já trabalhada pelo LAPPIS (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

### Observem tudo direitinho, para depois ajudar...

Coração desprevenido. Iniciante. Principiante. Aquela seria a primeira vez dos seis ou oito jovens estudantes. E três profissionais – um professor da UFF, uma médica do INCA e a enfermeira-chefe do serviço de tórax do HC1 – foram testemunhas privilegiadas da “*descoberta do mundo*” (LISPECTOR, 1984) – descoberta entendida como sensorialidade profunda e, depois, como reflexão, quem sabe quão profunda ou inicial, dos estudantes. E ainda, não era certo se ia acontecer (e o que ia acontecer), pois os detalhes não podem – ou devem – ser planejados.

Planejamos *paisagens* – cenários imaginados – para propiciar encontros que marquem as pessoas – incluídos os preceptores<sup>2</sup>, sob o ideal de nunca sermos acabados – como escreveu João Guimarães Rosa; que sempre nos fazemos, que andamos pelo mundo como quem cata conchinhas na areia. Essas paisagens nunca são acabadas. Aliás, são construídas com dificuldade: acertos, tempos, ritmos, disposição das pessoas, fatos inesperados, mudanças de última hora, etc. Nunca um espaço se iguala ao outro. Mudam o tempo todo. Mas a visão permanece, submersa às vezes: experiências que marquem em profundidade. No cotidiano; nas ginásticas físicas e reflexivas. Uma mente de principiante; de criança, sempre (re)descobrimo o mundo.

Olhar profundo de criança – eis um formato desejável para os destinados a cuidar: ser cúmplices de esperanças, força necessária nos caminhos do adoecer, e parceiros de prantos e de finais inevi-

táveis. Uma *integralidade* de mais humanidade, um humanismo radical. “Nesse dia pude ver [...] que o médico é um artista”, escreveu uma das nossas estudantes, depois de uns dias. Eis um horizonte possível, preservar-se como um descobridor que se espanta e se maravilha. Mas, como tornar possível esse horizonte? Essa distância que sempre se renova – utopia, enfim?

Esse Campo – palavra que generaliza infinitas possibilidades de realidade – foi pensado como visita ao Hospital de Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer para defrontar-se com ações de tratamento ao tabagismo – parte do tema de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas. Amizades – e a experiência prévia de trabalho no INCA do docente – abriram territórios que ainda são fechados ao ato educativo na graduação. Quase um território inexplorado, mundo a ser descoberto. Outra vez, a Descoberta do Mundo. O Hospital de Câncer, com sua beleza limpa – e asséptica – e sua eficiência famosa – não deixa de ser chamariz para os estudantes. No topo de pirâmides simbólicas, a alta complexidade oncológica, o lidar com doenças tão temidas no nosso mundo, transformam esse espaço em desejo de muitos. Motivações que vão desde ser “bem-sucedido” a “diminuir a dor e o sofrimento das pessoas” são suficientes para ser atraídos a esse espaço que, ao mesmo tempo, repele – pela coexistência com a morte, pela intensidade dos sofrimentos. Assim, como escreveu depois outro estudante:

Foi uma experiência tanto negativa quanto positiva. Negativa [porque eu] não estou acostumado a ver pessoas em estado tão grave. Positiva porque você vê qual é a realidade da profissão medica e algumas coisas com as quais você terá que lidar um dia.

Mas, como brincar – mudar o sentido – com essa simbologia potente, essa ideologia hegemônica que se vê inevitável e única? Mudar as percepções, salientar aquilo que é abafado, periférico, quase pária: o encontro, o ato de contato profundo. Tornar possível uma *escuta poética* do mundo (PRIGOGINE; STENGERS *apud* PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Talvez por causa dessa ideologia (a medicina buscando alturas tecnológicas e de dificuldade terapêutica) o grupo pediu, antes mesmo da ida ao hospital, para visitar alguma enfermaria. Mas não havia certeza ainda. Dependia do tempo, do ritmo, do conheci-

<sup>2</sup> Professores da UFF responsáveis por grupos de 10 a 12 estudantes na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I.

mento dos responsáveis nesse dia – muitas variáveis. Tantas, que a mente cartesiana confunde-se e acha bagunça, caos pedagógico, esforço demais para o entendimento e a ação. E muitas vezes deixa-se tudo ao acaso, ou pior, à solidão dos estudantes. Mas nesse dia eles conseguiram: e o acaso foi favorável. O tempo e o ritmo permitiram *encontros intensos* – independentemente da sua duração. Foram alguns minutos.

O jaleco branco, poucas vezes utilizado como veste médica nos primeiros períodos, foi colocado com entusiasmo. Um rito, uma iniciação. Olhares curiosos e nervosos no pequeno hall que antecedia a enfermaria de tórax e pescoço – uma maioria de pessoas com câncer de pulmão, fumantes ou ex-fumantes. Sorte grande de ter como anfitriã uma excelente profissional e melhor pessoa ainda, apaixonada pelo cuidado. Ela ajudou em muito para a intensidade transformadora da experiência. Ela explicou o funcionamento da enfermaria, o papel dos profissionais que trabalham lá, a dificuldade e o desafio de lidar com o sofrimento e a morte cotidianos, formas de cuidar-se, e formas de aprender a partir das experiências de dor e morte.

Os estudantes entraram em dois quartos da enfermaria. Pequenos, com quatro pacientes cada. No primeiro uma senhora se recuperava. Houve alguns risos e sorrisos; trocas de olhares. No segundo espaço quatro senhoras, entre 50 e 70 anos, todos com câncer de pulmão. Nossa guia – enfermeira – pede para um deles aspirar um aparelhinho com bolinhas. O orgulho do paciente e a filha dele que o acompanhava por conseguir levantar as bolinhas, comove. Então dois dos outros pacientes falaram para os estudantes: “vejam tudo direitinho, aprendam tudo para depois ajudar as pessoas”. Escreveu uma das estudantes: “Mesmo que ainda não pudéssemos fazer nada de concreto. O que seria o concreto? Mediar? Decidir? Direcionar?”

Cuidado “concreto”: a presença deles era significativa, um testemunho privilegiado de potências em movimento, de energias salutaras em variadas dimensões – e direções. Aprender a ser “inúteis” no sentido pensado por Rubem Alves: aquilo que *é/está* por alegria, gozo, solidariedade. O “concreto”, útil na lógica da razão instrumental, talvez distancia, apressa, simplifica, banaliza. Ainda nascendo para a faculdade, os primeiros encontros significativos são vivenciados de

forma menos rígida – no sentido de não ter que seguir cartilhas ideológicas estabelecidas. Embora vários dos estudantes não necessariamente iriam perceber na experiência integralidades, cuidados, vínculos – afinal, conceitos abstratos – um certo estalo, um possível clique, inicia mudanças reflexivas e emocionais.

O como, o quando, o onde, a própria possibilidade de ser dessas mudanças não são exatamente definidas. Não existe aritmética nas mudanças interiores: não se cozinham subjetividades seguindo receitas universais. Nada é garantido, luta do minúsculo Davi contra o todo poderoso pensar/sentir hegemônico. Nada é direcionado com a ilusão do “estímulo/resposta”. Mas ainda assim, o inesperado das intensidades que transformam vai aparecer, acenando ou com piscadelas divertidas, semeando e alimentando-se das subjetividades que se movimentam no cotidiano da formação.

Ainda depois, reunidos ao lado do santinho com dezenas de papéis de agradecimentos e pedidos, a roda de branco continua emocionada. Nossa anfitriã continua narrando seu cotidiano – de pessoas que transformam mas também são feridas e sentem, e erram... E começam de novo. Quase todos os jovens andam pensativos, dá para ver no olhar um pouco distante. Assim, o professor decide “soltá-los” para que possam conversar sem os mais velhos, sem aqueles que os avaliam e deverão dar notas. Uma outra conversa, não planejada/dirigida – educação das espontaneidades e do “livre, leve e solto” – vai se dar dentre eles na volta para Niterói. Pedagogias da marca emocional e subjetiva a se cozinhar no ritmo interior – e que, quem sabe, demore anos para germinar. Ou instantes. A avaliação normativa nunca irá figurar nesse tipo de processos sutis e subterrâneos. Impossível planejar estalos e cliques interiores.

Houve muito nessa manhã, na contradição aparente de “altitude tecnológica” e experiência “profunda”. A alta tecnologia, a alta complexidade, junto com gestos, olhares, dicas, compartilhamento de experiências. Onde o corpo doente se faz objeto de intervenção, e é catalogado e partilhado, há espaços moleculares de humanidade profunda. Profunda, portanto pedagógica; de humanidade, portanto relevante à formação em saúde. Impacto é perceber que o impossível é o possível. Uma das alunas escreveu depois:

[Naquele dia] foi possível ver coisas realmente impactantes. Digo impactantes não só pelo fato de serem chocantes visualmente, mas principalmente por gerarem uma reflexão de como a vida é frágil e como devemos amá-la e vivê-la em sua plenitude enquanto for possível, além de preservar ao máximo a saúde, o estado de saúde, que é mais que uma condição, é uma dádiva. O sofrimento e a fragilidade [na] Enfermaria [de Câncer de Tórax] do Hospital de Câncer nos fazem ver a vida de forma diferente.

O que significa colocar os estudantes diante da humanidade – e dos ensinamentos daqueles “condenados” ou periféricos (porque doentes e inúteis)? Inicialmente, cedo na constituição da identidade profissional, antes mesmo da alimentação continuada da soberba e da vaidade... O que é mostrar outras formas, outros jeitos de viver a busca pela saúde? Quanto disso é possível planejar, organizar, racionalizar previamente? Quantos cenários serão necessários para a imensa diversidade de subjetividades que os estudantes trazem e estão construindo em ritmos untravelozes? Quando e como a sensibilidade exercida no encontro é expulsa para dar lugar a relações tecnocráticas, distantes do diálogo humano?

Perguntas numerosas e sem respostas definidas fazem parte da caminhada educativa na graduação em saúde. Os fragmentos de vida de todas essas pessoas (os estudantes, os usuários, os profissionais daquele serviço de saúde, e o professor/preceptor) se misturaram temporariamente produzindo afetos e, depois, reflexões, conceitualizações; teoria, enfim. Teoria que parte da vida para voltar a ela. Teoria que parte não somente do conhecimento anterior (ao dizer de Paulo Freire) mas de todo o Ser Histórico da experiência coletiva de muitos.

Essa experiência sugere a pertinência de encontros intensos onde não só se considerem os fins “práticos” da disciplina e da formação profissional em geral, mas também os desejos e referenciais ideais que levam todos os atores do encontro. Assim, o fetiche da Alta Complexidade, da Oncologia, do Hospital de Ponta, por exemplo, podem ser pontos de partida para repensar e reinventar lógicas e sentires. De outro lado, é imprescindível relativizar e problematizar sem se distanciar do prático, do útil e do relevante.

### **Para imaginar ciências da saúde decentes e para formar profissionais da saúde reencantados**

Em um livro editado pela primeira vez há mais de 15 anos, Boaventura de Souza Santos (2004) propôs uma nova forma de fazer/pensar a ciência, direcionada ao bem-estar e à democratização da sociedade. O sociólogo resumia seus interesses na expressão: *por um conhecimento prudente para uma vida decente*. A forma como o mundo contemporâneo juntou ciência e capitalismo tem produzido destruição grave do planeta e de tudo o que (sobre)vive nele. Essa lógica se expressa também na forma de praticar ciência na saúde. E embora as auto-identificadas “Ciências da Saúde” só sejam ciências em uma das suas muitas dimensões, é essa lógica a que marca a prática social da saúde, é o ideal “ético” que, de forma mimética e às vezes passiva e acrítica, a maior parte dos profissionais segue.

Em contraposição, a idéia de uma ciência prudente implica não só um cuidado com o potencial destrutivo mas também reconhecimento, respeito e abertura a outras dimensões do sujeito e das culturas – como intuição, espiritualidade, arte, desejo... e cuidado.

A possibilidade de “ciências da saúde” decentes – quer dizer, que cuidam profundamente – dependerá de como e quando consertemos o grave desequilíbrio dentre as várias dimensões do profissional da saúde. Para isso, pensamos, é necessário criar paisagens pedagógicas para que cada estudante e profissional construa pacientemente, desde o início, caminhos – de relação consigo mesmo e com os outros – que fortaleçam essas outras dimensões marginalizadas – ou mesmo excluídas. E essa mudança no equilíbrio de forças pessoais e sociais não é só vital, existencial, mas acima de tudo, política e ética.

O dilema ético: “ou técnica ou cuidado?” nos acompanha, e decorre da tensão continuada entre várias lógicas que operam no trabalho em saúde. Na especificidade da formação em graduação, encontramos o impasse desde cedo quando os estudantes mergulham na lógica das disciplinas tradicionalmente consideradas as “bases científicas” da medicina, em especial as assim denominadas morfológicas. Nelas, aprende-se que o saber “superior” é aquele que vem em grandes quantidades, e em difícil linguagem. Deve ser guardado ansiosamente na memória e deve gerar temor, angústia. De-

pois, ao começarem a cursar as disciplinas clínicas – centradas nas doenças e seu enfrentamento individual – determinadas lógicas e hierarquias simbólicas se estabelecem no estudante como pessoa, e nas turmas como coletivos. Símbolos práticos que servem a todos eles para operar seu cotidiano como quase profissionais. Situar-se no mundo, controlar a vida, saber o que fazer e quando...

Todas essas lógicas constituem estratégias do viver adquiridas no contexto de culturas institucionais verticais, opressivas e rigorosas. Nesses espaços onde apenas se sobrevive não há lugar possível para a delicadeza, para o encantamento do mundo, para a complexidade sutil do cuidado. Ser “bem-sucedido” ao longo da formação é, para a maioria dos estudantes e professores, ser um ciborgue de grande crânio, imensa memória e incessante atualização de saberes técnicos. E ainda, com habilidade crescente nos procedimentos de intervenção sobre os corpos.

O cansaço, a quantidade ilimitada de conhecimentos, a exigência de velocidade extrema na incorporação desses conhecimentos, e as regras sociais para garantir o sucesso dentro e fora da universidade são traduzidos em ceticismo, agressão contra o que consideram banal, simples e repetitivo: justamente o paradigma do Cuidado, da Integralidade, da Medicina Prudente/Decente. E os mensageiros desse paradigma pouco valorizado são imediatamente desqualificados.

As intervenções iniciais – nos primeiros períodos da faculdade – sobre a produção de subjetividades visam – com graus diversos de “sucesso” e “efetividade” – anteceder essa sismologia simbólica – avalanches, enchentes, tormentas de sentimentos e pensamentos. Essa antecedência inicial pareceria pouco, mas devemos entender o processo na sua historicidade – quer dizer, dependente de forças sociais, resistências culturais, estilos geracionais, prioridades institucionais, rumos locais / nacionais / mundiais, etc., e assim evidenciar o quanto se tem avançado em poucas décadas. A atual existência de tensões entre lógicas de ser profissional e ser pessoa da saúde – *criativa, crítica, cuidante* – já indica avanços e mudanças. Faz algumas décadas, simplesmente não havia “outro lado da balança”.

Assim, é possível apontar possíveis rumos e processos para estimular a “jornada do herói” (CAMPBELL, 1995) dos estudantes,

suas próprias “viagens de motocicleta” – na lógica mostrada no filme do mesmo nome. Ou, ainda, para saciar a vontade de ser mais que todo ser humano tem – como afirmava Paulo Freire:

- Concentrar-se em descobrir, com os estudantes, em diálogo criativo e crítico, oportunidades de experiências marcantes que questionem no ato e não só no conceito, ideologias que endeusam a técnica – dentro visão ampliada de Merhy – como bem supremo da prática da saúde, seja na intervenção ou na formação.
- Exercitar – e problematizar – valores práticos como escuta, respeito, abertura cultural, disposição de mudança pessoal e de grupo, etc., de maneira tal que, além dos “conteúdos” e especificidades do tema abordado, o estudante aprenda – de diversos atores sociais – habilidades práticas de encontro.
- Abordar, desde o início, junto com os estudantes as múltiplas dimensões do Encontro na Saúde. Devem ser particularmente valorizadas, por sua importância e posição hoje tão periférica, dimensões como a intuição (BACHELARD, 2007), o aprendizado das emoções (BRANDÃO, 2006), o reencantamento do mundo e da vida (ALVES e BRANDÃO, 2006; SUNG, 2006), e a prática da razão sensível (MAFESSOLI, 2001).
- Ampliar a abrangência do Paradigma do Cuidado nos distintos cenários da universidade para ir incorporando professores, profissionais e funcionários do âmbito clínico-hospitalar, já que é lá onde, em maior proporção quantitativa, se “faz um profissional da saúde”.
- Diminuir os hiatos que afligem a universidade: prática – teoria; clínica – saúde coletiva; saber acadêmico – saber leigo, etc.

Os processos acima rascunhados são, é fácil perceber, complexos, campo de conflitos e alianças, fortemente marcados por interesses políticos, herdeiros de tradições contrapostas – portanto, com ritmos de mudança nem lineares nem unidirecionados.

Incluir conscientemente a luta perene entre uma formação técnica distorcida – porque distanciada da vida, da prática e da experiência – e a construção do cuidado – como realização da vontade de ser mais – é grande responsabilidade que cobra de todos os envolvidos – em especial da universidade – qualidade e profundidade humanas radicais.

## Agradecimentos

Agradecemos as contribuições dos nossos alunos de Trabalho de Campo Supervisionado I, aos preceptores de campo e aos locais do serviço e seus trabalhadores em saúde, que nos recebem a cada semestre.

## Referências

- ALVES, R.; BRANDÃO, C. R. *Encantar o mundo pela palavra*. Campinas: Papirus, 2006.
- BACHELARD, G. *A intuição do instante*. Campinas: Verus, 2007.
- BRANDÃO, C. R. *Aprender o amor*. Sobre um afeto que se aprende a viver. Campinas: Papirus, 2005.
- CAMPBELL, J. *O herói de mil faces*. Psicanálise do mito. São Paulo: Pensamento, 1995.
- KOIFMAN, L.; PAULA, R. M.; ALVES, T. O. Integralidade na formação médica: relato de experiências na Coordenação de AIDS do HUAP (no prelo). Publicação referente à Roda de Conversas no Seminário Integralidade, 2007.
- LISPECTOR, C. *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- MAFFESOLI, M. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MARCH, C. et al. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 295-309.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R. *Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade*. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 13-35.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. M. as agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 129-145.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 143-164.
- SANTOS, B. S. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. “Um discurso sobre as ciências revisitado”. São Paulo: Cortez, 2004.
- SUNG, J. M. *Educar para reencantar a vida*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. *Perplexidade na Universidade*. Vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

## A utilização da técnica e agir ético no cuidado: conciliações possíveis na prática educativa

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

Neste texto, buscaremos refletir acerca do cuidado em saúde e seus rumos, a partir da análise sobre alguns aspectos dos avanços possibilitados pelo conhecimento científico. Tal conhecimento se materializa nas tecnologias em saúde que, muitas vezes, carregam consigo contradições, pois ao mesmo tempo em que são criadas pelo homem e, em primeira instância, para seu benefício, têm resultado na perda da dimensão ética do cuidado, provocando um distanciamento do cuidador em relação ao sujeito a ser cuidado.

Para iniciarmos nossas reflexões sobre o tema, introduzimos uma discussão feita por Santos (2000, 2001 e 2004) acerca da produção do conhecimento, suas possíveis conseqüências e a defesa de “um conhecimento prudente para uma vida decente”, expressão posteriormente utilizada por Mattos (2004). Ao evocá-la em um de seus trabalhos, Mattos (2004, p. 119) a traz para o campo da saúde, onde discute a utilização da cientificidade para a escolha da melhor forma de cuidar, ou seja, defende o “cuidado prudente para uma vida decente”.

Para esse autor, o que caracteriza o melhor cuidado não é sua cientificidade, mas sua contribuição para uma vida decente. Incluem-se aqui conhecimentos que, mesmo não-científicos, se voltam para uma vida decente. Para isso, defende a prudência no uso do conhecimento afirmando 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.” (MATTOS, 2004, p. 121).

Em outro momento, Mattos (2007) retoma a discussão e a focaliza no profissional da saúde, considerado o detentor do conhecimento científico. À luz do aporte filosófico de Popper, discute a autoridade intelectual dos profissionais e sugere uma “nova ética dos profissionais da saúde” baseada na autocrítica e no diálogo para que seja possível o cuidado pautado pela integralidade.

Se entendemos a técnica como um modo de agir determinado pelo conhecimento científico, ela está diretamente relacionada à atividade prática, sendo utilizada mais para intervir no mundo do que para compreendê-lo. Sua aplicação na área da saúde traz em si dois aspectos a serem considerados: a técnica é sempre utilizada em uma relação de cuidado e a forma como é empregada expressa o valor que lhe é atribuído no contexto desse cuidado.

Para Ayres (2001), o cuidado é tido como uma dimensão da vida humana e se dá no campo da subjetividade. Sabendo que o cuidado é permeado pela subjetividade, depreende-se que existem diversos modos de cuidar e vários conhecimentos sobre esse cuidar. Isto reforça a idéia de que a realização do cuidado, no qual se insere o emprego da técnica, não pode ser adstrita ao limite do conhecimento científico. É necessário que sejam consideradas outras dimensões, dentre elas, a ética.

A ética é construída a partir de um conjunto de valores e princípios que devem orientar a vida humana, determinando o que é “bom” para o ser humano. Portanto, ela está ligada à condição humana e à possibilidade de se definir o bem “quer como algo que é uma realidade perfeita, quer como objeto de desejo ou de aspiração” (CORTES, 2005, p. 33). Ao considerá-la como uma realidade perfeita, ela é tomada pela autora como a ciência do fim, aquela a que o homem deve estar voltado. Se entendida como objeto de desejo ou aspiração, ela se configura como a ciência da motivação da conduta humana e o esforço de sua definição fica intimamente ligado à própria necessidade de disciplinar essa conduta. Este campo da ética se entende como a esfera das causas do agir humano, das forças determinantes dos cursos desse agir.

Na perspectiva da ética como a ciência da motivação da ação humana, é que se insere a discussão entre a técnica e o cuidado. Assim, independentemente dos adjetivos que agregue, para Cortes

(2005), a ética acaba por apresentar limites à utilização da técnica para o cuidado em saúde.

No contexto atual da atenção à saúde, a incorporação tecnológica determina um outro olhar para o sujeito do cuidado, muitas vezes distanciado de seus desejos e aspirações, indicando a necessidade de reflexões acerca das possibilidades de resgate da dimensão ética no agir dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a prática educativa vislumbra-se como uma estratégia favorecedora, tanto do resgate quanto da criação de valores que orientem as práticas cuidadoras.

### **A técnica e o cuidado em saúde: a retomada de valores éticos**

No contexto da atenção à saúde, nos deparamos com uma grande e rápida evolução do conhecimento científico e com complexas tecnologias capazes de curar as doenças ou de prolongar a vida das pessoas.

A importância individual e coletiva de tais avanços é inegável. Contudo, o alto emprego da tecnologia muitas vezes expressa uma visão reducionista do cuidado, dissociado das relações entre profissional e usuário. Koerich *et al.* (2006, p. 179), ao se referirem ao emprego da tecnologia em saúde, consideram como um dos aspectos da sua utilização a perspectiva de *trabalho-intervenção-produção-máquina*. Para esses autores, a visão da tecnologia “nos mantém reféns do mundo das máquinas produtivas, escravos de uma lógica reducionista e dissociada das interações entre cuidado e trabalho”. Outra perspectiva apresentada pelos autores, à qual a utilização da tecnologia se reporta, é a de um cuidado tão complexo quanto maior for o emprego do variado aparato tecnológico e das técnicas existentes. Sob essa ótica, a intensidade na utilização da técnica estaria diretamente relacionada à complexidade do cuidado. Assim, profissionais e usuários muitas vezes têm o entendimento de que quanto mais técnica se utiliza no cuidado, mais complexo ele se torna.

Ao tomarmos a incorporação da técnica como parte do trabalho humano, devemos considerar a intencionalidade presente na sua utilização, ou seja, qualquer que seja a opção, esta expressa a escolha por um certo modo de agir e também de cuidar. Para melhor entendimento desta assertiva, utilizaremos uma situação de cuidado descrita por Duarte (2007): ao estudar a assistência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal,

a autora apresenta uma situação na qual uma técnica de enfermagem decide por um posicionamento de uma criança assistida na terapia intensiva que, embora tecnicamente adequado, não era o que a mãe percebia ser o de maior conforto para seu filho. Sabendo que a criança não apresentava restrições de posicionamento, a profissional teve liberdade na sua escolha, contudo, não considerou a percepção materna, como relatado pela própria mãe. Para escolher o que seria melhor para seu filho, a mãe se utilizou de sua percepção e do conhecimento sobre seu adoecimento adquiridos durante a internação. A profissional, por sua vez, se limitou à utilização da técnica pela técnica, restringindo sua capacidade de julgar qual era o melhor cuidado.

Para Arendt (2004), o julgamento é uma atividade que inclui o outro, demanda a presença do outro e, para essa ação, quanto maior for a capacidade de incluir o outro, mais alargada será a capacidade de julgar. Para a autora, isso implica diversidade de perspectivas e reconhecimento da alteridade.

Na situação relatada por Duarte (2007), verifica-se que a escolha da profissional pelo lugar ocupado pela técnica no cuidado foi determinante para seu distanciamento das reais necessidades de cuidado apresentadas pelo neonato e sua mãe e, conseqüentemente, comprometeu o oferecimento do melhor cuidado a partir da aplicação prudente do conhecimento.

Nesta discussão, não desconsideramos que o uso da técnica no cuidado em saúde sofre as interferências das formas de trabalho, das necessidades expressas pelos usuários e das limitações do profissional de utilizá-la de maneira prudente. No entanto, como profissionais, na medida em que julgamos o cuidado a ser oferecido, nos tornamos responsáveis por ele. Nessa escolha é que reside a possibilidade de alargamento da potência da técnica como capaz de atender às necessidades de saúde do outro. Isso se daria a partir do reconhecimento e inclusão do outro na decisão sobre o melhor cuidado, com a explicitação das possibilidades e limites da ação profissional. Um limite da ação humana estabelecido pelos princípios da ética tomada na sua potência de produzir um cuidado responsável e que verdadeiramente defenda a vida.

Esta reflexão sobre a ética na legitimação da nossa ação no mundo tem como ponto de partida a ser enfrentado os proble-

mas da vida individual e coletiva, indiscutivelmente marcadas por regras implícitas. Regras essas referenciadas em normas, valores e costumes das comunidades nas quais estamos inseridos. Foi a isto que primeiro os gregos chamaram de *ethos*, entendido como o espaço, transmitido por gerações, do qual fazem parte as comunidades humanas e no qual se configuram as formas de relação e as instituições que regulam o seu viver (OLIVEIRA, 2004). Portanto, uma reflexão da ética implica o constante questionamento e construção da validade dos princípios que subjazem a ação humana em um contexto histórico específico.

O que se observa é que a rápida evolução tecnológica e do conhecimento científico dos últimos anos não veio acompanhada da construção de valores éticos, ou muitos dos que os orientavam e determinavam as atitudes dos indivíduos se perderam ou se desviaram. Essa desestruturação dos sistemas sociais fundados em valores tradicionais originou o que Cortes (2005) denomina de “*vácuo ético*”. Para a autora, o *vácuo ético* resulta em uma lenta resposta ética ao rápido progresso científico-tecnológico, desconsiderando a pluralidade dos sujeitos e de suas relações na sociedade.

Ao trazer essa reflexão para o campo da saúde, Honorato e Pinheiro (2007) consideram que o procedimento em saúde, por ser um trabalho humano, por mais especializado que seja, é sempre uma ação atravessada pela pluralidade do mundo onde é exercida. Tal pluralidade se refere às tensões entre as diferentes visões de mundo e de interpretações morais, fazendo dos serviços de saúde espaços de decisão nos quais as ações dos sujeitos são influenciadas pelas ações construídas socialmente.

Nessa racionalidade, Gomes *et al.* (2007, p. 35) propõem pensar o trabalho em equipe a partir de uma ética pautada pela alteridade, que implica “perceber até onde a ação de cada um pode e deve ir, o quanto os diferentes saberes podem contribuir para a realização de uma ação de saúde”.

Mattos (2007) colabora com essa discussão ao propor uma ética profissional alternativa pautada pelo “imperativo moral de defesa da vida”. Essa proposta não considera apenas a autocrítica do profissional no que se refere às suas práticas e às regras que as orientam, mas o coletivo formado por pessoas inseridas no mundo com um

alargamento do pensamento que possibilite a inclusão do outro, e não por um mero agrupamento de individualidades.

Magela (2007, p. 25), ao abordar o tema da interdisciplinaridade em educação e saúde, afirma que em tempos de pós-modernidade exige-se dos profissionais que exercitem a troca e interação, pois estas parecem ser as palavras transformadoras dos saberes, dos espaços e dos relacionamentos. Para a autora, “convergência, alteridade e troca são os desafios postos aos profissionais dedicados à produção de saberes. [...] A precariedade das certezas científicas não é deficiência a ser superada, mas sim uma avançada teórico-metodológica, essência de um produto humano.”

Frente a um agir dos profissionais que teimam em colocar a centralidade de suas ações na aplicação da técnica e do conhecimento científico como verdades inquestionáveis, dissociando-a do contexto do cuidado e, conseqüentemente, do sujeito a ser cuidado, acreditamos na potencialidade das práticas educativas na produção de mudança dessa realidade e no resgate dos valores éticos dos profissionais.

### **Práticas educativas como possibilidade de resgate dos valores éticos no cuidado em saúde**

No cotidiano dos serviços de saúde, na qual os conhecimentos e as técnicas aparecem desvinculados da dinâmica interação social em que foram produzidos, evidenciam-se os limites das práticas educativas desvinculadas do cuidado. Corroborando essa assertiva, Heckert (2007) aponta que o processo de formação dos profissionais de saúde dissociado dos processos de intervenção faz com que os sujeitos envolvidos no cuidado sejam capazes de refletir/pensar/interferir *sobre* o indivíduo a ser cuidado sem, no entanto, não deixar de fazê-lo *com* o outro. Assim faz-se necessário reconhecer os profissionais e usuários como sujeitos críticos capazes de, na inter-relação estabelecida no processo de cuidado, interrogar esse cuidado produzindo o que de fato construirá novas formas de alargar o viver.

Neste processo reflexivo, tomaremos a prática educativa a partir do cuidado em saúde e consideraremos ativos nesse processo tanto os profissionais quanto os usuários. Para tal, utilizaremos o termo *prática educativa*, conforme entendido por Heckert e Neves (2007), que a abordam como uma ação que não se resume à transferência de

conhecimentos, mas que produz realidades e novas formas de viver.

Em decorrência de aceitar o desafio de implementar práticas cuidadoras orientadas pelos princípios do SUS, no Hospital Sofia Feldman tem-se buscado construir novas possibilidades de práticas educativas, pesquisa e gestão, permitindo um processo reflexivo sobre o cotidiano da assistência.

Um desafio posto para que as práticas educativas sejam capazes de produzir novas formas de viver a vida, mesmo que nos limites impostos pela doença ou até mesmo alargando estes limites, reside na necessidade de romper com a orientação dada pelos modelos tradicionais de formação. Modelos estes que valorizam a técnica e o conhecimento para a instrumentalização dos indivíduos – nesse caso, profissionais e usuários – para a produção de um cuidado centrado na doença, por vezes desconsiderando o contexto no qual ela é produzida. Nesta perspectiva tradicional, há uma desarticulação entre as situações de ensino, as realidades dos serviços de saúde e necessidades dos indivíduos. Certamente, a escolha por esse caminho compromete o exercício de uma prática orientada por valores éticos que, no agir dos profissionais, expressem um cuidado com uma potência libertadora e que tenha a defesa da vida como um princípio.

O Hospital Sofia Feldman, desde sua fundação, busca apoiar e promover a formação de profissionais de saúde, do ensino fundamental à pós-graduação, com foco na multiprofissionalidade, entendida como imprescindível à gestão e ao cuidado orientado, pelos valores ético-políticos da integralidade do cuidado.

Um dos espaços institucionalizados para refletir e transformar as práticas em saúde têm sido as discussões de casos clínicos pela equipe multiprofissional. Nessas discussões, utilizam-se situações vivenciadas por acadêmicos e profissionais durante a atenção à mulher e ao recém-nascido como uma estratégia de educação permanente, buscando uma reflexão, por parte do grupo, sobre as práticas de cuidado.

Os encontros ocorrem mensalmente, sendo discutido um caso clínico por vez. O tema a ser discutido é escolhido pelos participantes no encontro anterior, sendo o critério principal de escolha tratar-se de um caso que, por algum motivo, tenha-se destacado para a equipe e cujo usuário se encontra ainda internado na instituição. Participa da elaboração do caso clínico um acadêmico de cada uma das categorias

profissionais existentes na instituição, sob orientação de um profissional da respectiva categoria. A apresentação e discussão do caso clínico são abertas a toda comunidade hospitalar e aos profissionais e alunos de outras instituições, contando com significativa participação. Para a elaboração do caso clínico, os acadêmicos e os profissionais buscam observar, entender e analisar uma determinada situação real do cotidiano assistencial, buscando adquirir conhecimento e experiência que possam ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações.

Em um movimento dinâmico, profissionais e acadêmicos, a partir da prática assistencial e das interações com o usuário, refletem sobre as ações específicas e do coletivo, produzem conhecimento e experimentam novas formas de fazer. No decorrer desse processo, além da articulação ensino-serviço, essa prática possibilita aos participantes ampliar seu olhar sobre o seu fazer, e a desenvolver conhecimentos e habilidades específicos, como a escuta, que em sua maioria não foram adquiridos na formação acadêmica. Cabe ressaltar que essa prática não fica restrita apenas aos participantes, tendo repercussões no viver-fazer da equipe e dos usuários.

Essa estratégia está aportada no entendimento de Hecker e Neves (2007), de que a problematização dos modos de cuidar e gerir potencializa os movimentos de mudança. Consideram ainda que para romper com a fragmentação de saberes e práticas instituídos, faz-se necessário utilizar os impasses advindos dos processos de trabalho como um disparador de práticas educativas. A riqueza dessa estratégia reside na utilização do espaço vivo do cuidado, considerado na sua pluralidade.

Magela (2007, p. 13) corrobora tal entendimento, ao indicar a necessidade de “senso-comunizar” o conhecimento científico na saúde. Para isto, entretanto, ressalta a necessidade de os profissionais saberem compor com a diferença de outras formas de conhecer e descrever o mundo e que, nas palavras da autora não são “nem melhores, nem piores que a científica, apenas diferentes”.

Ao fazermos a opção pelo estudo de um caso na medida em que ele acontece, negamos a superioridade de saberes instituídos por determinadas profissões, a neutralidade e o distanciamento do profissional frente ao processo de cuidado. Dessa maneira, optamos por estar abertos à imprevisibilidade inerente aos modos de viver

do ser humano e frente a isso agir, mudando o curso dos acontecimentos, se necessário for, para construir novas formas de cuidado.

Apostamos no desafio proposto por Heckert (2007, p. 210), de “criar modos de operar os processos de formação, de forma a experimentar a desestabilização das nossas certezas, a provocar a formulação de novos problemas e não apenas a solução para problemas já formulados.” Esses momentos, que são tanto de utilização quanto de produção de conhecimento e técnicas no serviço de saúde, associados a um fazer reflexivo, criam possibilidades de resgate da ética. Trata-se, concretamente, de um agir ético na utilização do conhecimento e da técnica, ao tomarmos a desafiante tarefa de cuidar.

### À guisa de conclusão...

A discussão das práticas de cuidado, a partir das situações vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, permite que profissionais e acadêmicos, ao se depararem com situações reais que exigem articulação entre diferentes saberes e fazeres, questionem o conhecimento científico e recriem as práticas já instituídas, possibilitando novas formas de cuidado.

Na composição desse processo dialógico e comunicativo, no qual se dão as práticas educativas, os acontecimentos no cotidiano dos serviços são matéria-prima da reflexão crítica dos sujeitos da ação, a partir da valorização de seus conhecimentos acerca das situações abordadas e fruto da compreensão e da análise da fonte primordial da experiência: o cotidiano.

Tal processo traz em si a possibilidade de se cumprirem, concomitantemente, as funções de reflexão e síntese dos novos saberes. Dentre os maiores desafios postos para uma prática educativa que, de fato, seja emancipatória, convocam-se os envolvidos à responsabilidade ética como um imperativo moral a ser seguido na utilização prudente da técnica e do conhecimento.

### Referências

- ARENDE, H. *Responsabilidade e julgamento: escritos morais e éticos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 375p.
- AYRES, José R. C. M. Sujeito, intersubjetividade, e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

CORTES, B. A. Ética é limite. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3 n. 1, p. 31-49, 2005.

DUARTE, E. D. *O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da UTIN*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. 2007. 190 f.

GOMES, R. S. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 19-136.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 199-212.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 145-160.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 85-110.

KOERICH, M. S. *et al.* . Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, n. 15 (Esp), p. 178-85, 2006.

MAGELA, A. L. Interdisciplinaridade em educação e saúde. *Interseção*. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 12-26, 2007.

MATTOS, R. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 129-141.

MATTOS, R. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 119-132.

OLIVEIRA, M. A. Ética hoje. *Revista Praia Vermelha*. Estudos de Política e Teoria Social. Rio de Janeiro, n. 11, p. 18-39, 2 sem. 2004.

SANTOS, B. S. (Org). *Conhecimento prudente para uma vida decente: “um discurso sobre a ciência” revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004. 821 p.

\_\_\_\_\_. Seis razões para pensar. In: Por que pensar? *Lua Nova*, São Paulo, n. 54, p. 13-24, 2001.

\_\_\_\_\_. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. In: *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Cortez, 2000. v. 1.

## PARTE IV

### O outro como a face do cuidado: a produção do comum na atividade do cuidado

# De amoladores de facas e cartógrafos: a atividade<sup>1</sup> do cuidado

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

A saúde no Brasil tem sido, nos últimos anos, recorrente tema de debate nos mais diversos setores da sociedade brasileira e a questão do cuidado tem, muitas vezes, tomado a cena. Jornais, revistas e televisão apontam ora as mazelas dos serviços, a lotação dos hospitais, o preço dos planos de saúde; ora as inovações tecnológicas, os milagres da medicina. Muitas são as noções e concepções de saúde e cuidado propostas nesse debate. A produção conceitual e midiática sobre o tema é numerosa e deparamo-nos, freqüentemente, com expressões tais como falta de cuidado por parte dos profissionais da saúde, a importância de um cuidado humanizado, descaso dos governos com a saúde da população, dentre outras. Tema polêmico e que nos convoca para um debate.

Optamos, neste texto, por abordá-lo a partir de uma provocação: como recusar o lugar de “amoladores de facas” (BAPTISTA, 1999) nas práticas de cuidado que, inúmeras vezes, o contemporâ-

---

<sup>1</sup> O conceito de atividade, tomado a partir das abordagens sobre o trabalho no âmbito da ergonomia de linhagem francesa e da ergologia, é o conjunto dos fenômenos que caracterizam o ser vivo, se opõe à inércia (Canguilhem *apud* SCHWARTZ, 1992). A atividade aparece, nesses autores, como resistência a toda situação de heterodeterminação das normas industriais. Segundo Wisner (1995, p. 153), a vida e mais precisamente a atividade, e ainda mais precisamente, a atividade industrial, não se prestam a qualquer legibilidade dócil. A variabilidade de todas as situações de trabalho faz com que os problemas, ao invés de serem resolvidos, acabem sendo criados.

neo nos coloca como mandato social?<sup>2</sup> Mas quem são os amoladores de facas? Onde estão os amoladores de facas?

Baptista (1999) nos diz que eles estão muitas vezes invisíveis no dia-a-dia e dificilmente os detectamos. Sua ação é “complacente, microscópica e cuidadora” (p. 45). Para o autor, diferentemente dos torturadores, que têm como prática a repressão e o uso da dor, os amoladores não dizem não, ao contrário, defendem um “humanismo que preencha o vazio de um homem (supostamente) fraco e sem força, um homem angustiado e perplexo, necessitado de tutela” (BAPTISTA, 1999, p. 46). Aparentemente destituídos de crueldade, esses personagens “amolam a faca e enfraquecem a vítima, reduzindo-a a pobre coitada”. Como nos diz o autor:

O fio da faca que esquarteja, ou o tiro certo nos olhos, possui alguns aliados, agentes sem rostos que preparam o solo para esses sinistros atos. Sem cara ou personalidade, podem se encontrados em discursos, textos, falas, modos de viver, modos de pensar que circulam entre famílias, jornalistas, prefeitos, artistas, psicanalistas, etc. (p. 46).

Esses personagens povoam o contemporâneo, suas estratégias são aperfeiçoadas cotidianamente e têm algo em comum: a presença de atos genocidas em suas estratégias, uma vez que “tiram da vida o sentimento de experimentação e de criação coletiva. Retiram do viver o caráter pleno de luta política e o da afirmação de modos singulares de existir”. (p. 49).

Então, fazendo uma derivação da questão de Baptista, interrogamos: que práticas do cuidado em saúde se aliam a essas ações? Qual a relação entre amoladores de facas e profissionais do cuidado que negam a alteridade<sup>3</sup>? Como retomar a questão da alteridade nas práticas de cuidado como estratégia de recusa dessa função? Como evitar que a expressão “cuidado” perca sua vitalidade ao ter como

<sup>2</sup> Expressão utilizada por Lourau que significa o ininterrupto pedido de intervenção feito aos intelectuais, que instaura a divisão de saberes em especialidades ou disciplinas (LOURAU, 1981).

<sup>3</sup> Alteridade refere-se à inevitabilidade da condição humana como dialógica. Articula uma política de reconhecimento do outro como legítimo, aliada a uma política que afirma a vida no seu processo de diferenciação. Indica-nos que a pluralidade humana é a paradoxal pluralidade dos seres singulares.

base práticas piedosas? Como recusar o mandato social? Tomamos, assim, a questão que nos foi proposta neste debate: o Outro como a face do cuidado: é possível garantir o direito humano de ser? – e a desdobramos em outras: quem é o outro nas relações de cuidado? O que é o ser? O que é cuidado em saúde?

Para este debate, fizemos algumas escolhas conceituais e, principalmente, éticas. Escolhas são sempre políticas e indicam uma opção ontológica, metodológica, indicam valores, princípios. Fazer escolhas significa, portanto, um exercício crítico-analítico infatigável. A construção deste texto se faz em meio a esse escolher que engendra o percurso, os caminhos do texto e a própria autora.

Dentre nossas escolhas está a afirmação de que toda produção de conhecimento se dá em meio a relações de força, em meio a estratégias belicosas das redes de poder e produzem verdades. Como nos indicou Nietzsche (1991, p. 123), ao tratar as relações de poder, estamos falando de um regime de produção de verdade como:

uma multidão movente de metáforas, de metonímias, de antropomorfismos, [...] que após um longo uso, parecem a um povo firmes, canônicas e constringedoras: as verdades são ilusões das quais se esqueceu que elas o são, metáforas que foram usadas e que perderam sua força sensível.

Logo, uma “teoria”, uma caixa de ferramentas conceituais e metodológicas, é um sistema regional de lutas “uma postura ético-estético-política, cuja assunção delimita certos territórios de embaite” (FOUCAULT, 2006, p. 22). Esse direcionamento indica uma postura construcionista da realidade, que implica admitir seu *inacabamento* e, assim, a possibilidade sempre em aberto de *reinvenções*, pois a Vida pode ser reinventada a cada instante. Entretanto, esse processo só se efetiva a partir de uma *abertura* para a construção de caminhos de pensamento que divergem dos habituais, caminhos que nos forcem a pensar diferente dos modelos dogmáticos do pensamento (DELEUZE, 2000).

### Aproximação 1: Quem é o outro nas relações de cuidado?

Ao fazer outras dobras a partir da provocação feita pelo tema proposto – o outro como face do cuidado – indagamos: quem é esse outro? No âmbito da atividade do cuidar temos incluído a

questão da alteridade? Habitualmente, as práticas de cuidado estão pautadas num modo de funcionamento que tem como centralidade o ponto de vista do profissional da saúde, seja ele, médico, fisioterapeuta, psicólogo, técnico de enfermagem, enfermeiros, e, e, e...

Fugindo das diferentes formulações sobre o “outro humano” como centrado em agentes individuais pautados num funcionamento de forças psíquicas internas, intimidade interna egóica, consideramos que ele é sujeito-efeito de processos descentrados de subjetivação que se efetivam nos entrecruzamentos dinâmicos diversos, mas que tem uma configuração visível, ou melhor, uma forma-subjetividade, que são nomeadas, usualmente, como pessoa, indivíduo. Essa é a idéia de outro que estamos considerando a partir dessa concepção de subjetividade, que encontramos em Deleuze (2000) e Guattari-Rolnik (2005). “Outro” como subjetividade, que é ao mesmo tempo processo e produto, é um campo processual de forças moventes e um conjunto de formas que emergem dessas forças. Temos, então, dois planos, o plano das forças e plano das formas emergentes, que estão sempre articulados. As formas, no nosso caso o outro como sujeito, emergem desse plano das forças e depois que emergem são relançadas a esse mesmo campo de forças, ou seja, forças e formas se distinguem, mas não se separam.

Isso significa que toda forma, aqui uma forma sujeito, emerge de certo campo de forças, é uma forma subjetividade individuada, da qual participam vetores materiais, lingüísticos, ecológicos, simbólicos, vetores de toda ordem, de diversas naturezas. Toda subjetividade implica, portanto, uma paisagem existencial, sujeito/mundo não são coisas separadas. O “outro”, tomado como um território existencial, se modifica ao mesmo tempo em que está em constante processo de produção e de transformação.

Indicamos, assim, uma maneira de entender a formação do humano como processo coletivo e em rede, dinâmico, de usinagem inacabada. Seguindo Guattari e Rolnik (2005), diríamos que o outro se constitui a partir de um

[...] funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extra-individual (sistemas maquinaicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não mais imediatamente antropo-

lógicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção de idéias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, biológicos, fisiológicos e assim por diante). (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 39).

Aqui insistimos na nossa questão: que práticas produzir para que a atividade de cuidar não privilegie ou eleja apenas os resultados desse processo de constituição do sujeito? Que práticas privilegiar de forma que o sujeito não seja nem uma fotografia do que se apresenta numa determinada situação nem uma tentativa de representação do que se passa no seu interior? (KASTRUP, 2007).

### Aproximação 2: O que nomeamos como cuidado?

Do que estamos falando quando usamos expressões como “cuidado em saúde”, “falta de cuidado” em saúde, “cuidado humanizado”? Tais expressões, que indicam uma exigência de um cuidado “humanizado”, nos colocam imediatamente frente ao desafio de problematizar o conceito de Humano formulado nesse modo de colocar a questão.

Para abordar essa temática, vamos nos apropriar dos princípios propostos pela Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004), que parte de uma concepção de homem que se constitui no concreto da experiência, nas lutas cotidianas, numa direção ético política que opõe “O Homem” a “um homem”, todos nós, buscando resistir a esse Homem ideal. Assim, tal concepção de humano subverte “O Homem” como idealidade a partir do qual se modela a existência humana (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Estamos falando de uma tarefa inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, o que se faz com um trabalho constante de produção de outros modos de vida, de novas práticas no campo da saúde, de outros modos de cuidar.

Uma prática de cuidado humanizada em saúde, a partir do HumanizaSUS, se efetiva partindo da indissociabilidade entre cuidado e gestão nos serviços de saúde e tem como direção processos de subjetivação que se efetivam com a alteração dos modelos de gestão e de cuidado, produzindo novos sujeitos e novas práticas,

tomando a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas.

A PNH nega qualquer entendimento do humano como “Homem” idealizado, como um modelo de “Homem” a ser perseguido, conseqüentemente, não entende a humanização como uma tentativa de aproximar os diferentes sujeitos desse ideal. A humanização deve se dar nas práticas e a partir delas, ou seja, lidando com as relações que estabelecemos em nossa vida cotidiana e seus efeitos. A Política Nacional de Humanização é o coletivo de homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências concretas, são os trabalhadores e usuários que habitam-constroem o dia-a-dia dos serviços de saúde. Somente no encontro entre estes sujeitos concretos que práticas que chamamos de “humanizadoras” podem acontecer.

Uma prática humanizadora se efetiva mediante o entendimento e a abertura ao outro como legítimo, numa relação que se produz quando consideramos suas diversas formas de ser, seus saberes, suas demandas e suas necessidades. A PNH afirma todos os sujeitos do SUS como protagonistas e co-responsáveis pela produção da saúde e combate qualquer relação de tutela, desrespeito ou desqualificação do outro. Dar combate aos amoladores de faca é seu modo de funcionamento.

Se o viver humano se caracteriza como resistência, no seu duplo sentido de recusa e de criação, a toda situação de heterodeterminação, nas ações de cuidado sempre estão presentes uma negociação entre as prescrições da atenção e as normas dos sujeitos singulares, que são a todo tempo redefinidas. É nesse campo de forças que emerge a proposta de pensar o cuidado a partir de outras diretrizes, como a de uma Clínica que se constrói a partir de uma torção radical na racionalidade biomédica ocidental hegemônica. Trata-se de uma clínica pautada numa relação com o outro em que este não é transformado em objeto a ser manipulado, mas se faz no esforço de superação da *visão eu-outro* (TEIXEIRA, 2003).

O cuidar exige essa abertura à alteridade, e se tomamos o cuidado como atividade de trabalho, ele passa a ter uma dimensão real que nos remete a um inacabamento não só conceitual, mas, principalmente, subjetivo e dos modos de operar no curso da ação de cuidar. Trata-se de uma atividade que nos remete sempre a uma

dimensão do “comum”, do construído junto com o outro, é sempre uma construção coletiva. Cuidado, portanto, como obra-processo, sempre aberta a novas composições onde a plasticidade da vida se torna aliada da invenção de novos modos de existência.

Seguindo Maturana e Varela (1995), diríamos que os seres vivos têm como marca sua organização autopoietica, pautada por relações dinâmicas que buscam acoplamentos com um meio que se produz nesse processo e não como resposta às suas exigências. Os autores colocam em questão a tentação de assumirmos posições a partir de um ponto de referência fixo e absoluto nas relações com o outro (MATURANA; VARELA, 1995, p. 258). Ancorar nossas análises em referências fixas pode nos levar à afirmação e defesa incontestável de sua validade e, então, negarmos pontos de vista que não se aliam aos nossos. No entanto, nos advertem que não afirmar a objetividade do mundo não significa propor que “tudo é pura relatividade, que tudo é possível, que negamos toda legalidade” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 259). Trata-se de entender como nossa experiência está acoplada a um mundo marcado por regularidades que resultam de nossa história biossocial. Logo, como evitar os extremos representacionais – objetivista e o solipsista (ou idealista)? Afirmam que:

Todo mecanismo de geração de nós próprios como agentes de descrições e observações nos explica que nosso mundo, bem como o mundo que produzimos em nosso ser com outros, sempre será precisamente essa mescla de regularidade e mutabilidade, essa combinação de solidez e de areias movediça, tão própria da experiência humana quando examinada de perto. (MATURANA; VARELA, 1995, p. 259).

Convocam-nos a tomar uma atitude de “vigilância permanente contra a tentação da certeza” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 262) e reconhecermos que nossas certezas não comprovam verdades, como se o mundo que cada um de nós vê fosse o mundo e não um mundo, que produzimos com outros. A relação com um outro não pode estar pautada na reafirmação do que vemos do nosso próprio ponto de vista, mas na consideração de que ele “é resultado de um acoplamento estrutural dentro de um domínio experiencial tão válido como o do outro, ainda que o dele nos pareça menos desejável” (1995, p. 262). Indicam a importância de

construirmos práticas que incluam ações em que o outro também tenha lugar e no qual possamos, com ele, construir um mundo.

Maturana considera que as relações humanas estabelecem-se, necessariamente, no conversar, entendido “como entrecruzamento da linguagem com o emocionar que surge com a linguagem” (1998, p. 100), não se restringindo à troca de informações. Trata-se de um processo que pode desencadear mudanças e modulações mútuas em seus participantes (MATURANA, 2001).

Todo ato humano ocorre na linguagem. Todo ato na linguagem produz o mundo que se cria com outros no ato de convivência que dá origem ao humano: por isso, todo ato humano tem sentido ético. Esse vínculo do humano com o humano é, em última análise, o fundamento de toda ética como reflexão sobre a legitimidade da presença do outro. (MATURANA; VARELA, 1995, p. 263).

Na atividade do cuidar, o ato de conversar se pauta num processo de afecções mútuas e assume papel estratégico, exige uma relação entre dois sujeitos, e o modo como se efetiva pode afirmar o outro como legítimo outro ou como objeto sobre o qual fazemos intervenção, tendo o ponto de vista daquele que está no lugar de quem cuida como central. Para que a conversa seja geradora de relações humanas pautadas não na dominação, mas em práticas de liberdade<sup>4</sup>, o conversar precisa permitir o fluir da ação de forma que a vida continue em seu processo dinâmico. Segundo Teixeira (2003), a substância do trabalho em saúde é a conversa pautada numa relação dialógica em que se afirma a alteridade. Uma relação dialógica que conjuga os diferentes especialismos<sup>5</sup>. Nessa direção ético-política, é impensável não “garantir o direito humano de ser nas atividades de cuidado”, como sugere a proposta do debate em pauta. A contramão desse processo só se efetiva para os amoladores de faca, os genocidas de toda ordem.

Maturana (2001) destaca, também, que o conversar está pautado numa emoção fundamental que torna possível a história da

hominização: o amor – que, devemos frisar, não se identifica com uma concepção cristã-piedosa. O amor, constitutivo da vida humana e fundamento do social, é uma

emoção que constitui o domínio de condutas em que se dá a operacionalidade da aceitação do outro como legítimo outro na convivência que constitui o que chamamos de social. Dizer que a razão caracteriza o humano é um antolho, porque nos deixa cegos frente à emoção, que fica desvalorizada como algo animal ou como algo que nega o racional. (MATURANA, 2001, p. 15).

Nessa direção, conversar não é fazer o outro falar sobre o que desejamos e consideramos importante para o processo terapêutico/analítico, ou seja, a afirmação dos especialismos e, sim, ouvir o que o outro, aquele que demanda o cuidado, mostra ser indispensável, mas não esquecendo que as relações entre os humanos são sempre relações de poder. Em meio às conversas, há luta de forças, há confrontação de valores, interesses diversos, isso é inevitável. O caminho ético que estamos propondo busca a afirmação de práticas de liberdade no cuidado em saúde que podem se efetivar em meio às relações de poder. Em Foucault encontramos algumas vias para a construção de estratégias que conjuram práticas genocidas de dominação nas relações entre os humanos.

### Aproximação 3 – As práticas de cuidado em saúde como cuidado de si

As relações de poder se apresentam em todas as relações que os humanos estabelecem, afirma Foucault (2005). Não existem sociedades sem relações de poder, entendidas como estratégias por meio das quais os indivíduos tentam conduzir a conduta do outro. Tal afirmação não significa que o poder político esteja em toda parte, e, sim, que nas relações humanas há todo um conjunto de relações de poder que são exercidas entre indivíduos, tanto no seio de uma família, quanto numa relação pedagógica ou terapêutica, seja ela médica ou outra qualquer no campo da saúde. Para o filósofo, nessas relações podem existir estados de dominação, ou seja, estados em que as relações de poder não são móveis e não permitem que os diferentes parceiros criem estratégias que os modifiquem, mas também práticas de liberdade.

Quando um indivíduo ou um grupo social chega a bloquear um campo de relações de poder, torná-los imóveis ou fixas e impedir

<sup>4</sup> Práticas de liberdade entendidas a partir da perspectiva foucaultiana e que será tratada no próximo item, não se identifica com liberação de alguma essência represada, mas de uma forma de existência que coloca em questão os modos instituídos de existencialização.

<sup>5</sup> *Especialismos* é uma expressão utilizada pela Análise Institucional francesa que tem o sentido de assumir lugares de especialistas que desqualificam os outros saberes.

reversibilidade no movimento, estamos diante do que chamo de estado de dominação e nesses estados não existem práticas de liberdade (FOUCAULT, 2005, p. 282).

Por outro lado, em Foucault, as relações de poder não são alguma coisa má em si mesma, das quais seria necessário se libertar. A questão que se coloca é como jogar nesses jogos de poder com um mínimo de dominação. “O poder não é o mal. O poder são jogos estratégicos” (FOUCAULT, 2005, p. 284).

No caso da instituição médica, com suas diferentes modulações no campo da saúde, o mal não estaria na prática de alguém que, nesse jogo de verdade, ou seja, numa relação terapêutica, diz a um outro o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite um saber, comunica-lhe técnicas. O problema é quando nessas práticas os efeitos de dominação fazem com que um “paciente” seja submetido à autoridade arbitrária de um médico ou de outro profissional de saúde, ou seja, quando os indivíduos são assujeitados à tutela de um profissional autoritário. Como jogar com um mínimo de dominação?

Entre os jogos de poder e os estados de dominação entre esses dois planos, segundo Foucault, temos as “tecnologias de governo”, ou seja, estratégias, técnicas a partir das quais se estabelecem estados de dominação. Que tecnologias construir numa atividade de cuidado? Como evitar que o cuidado se efetive como estado de dominação? Como recusar esse lugar/função de amoladores de faca?

Ao cunhar o conceito de “cuidado de si” (FOUCAULT, 2005) parte da problemática das relações entre o sujeito e os jogos de verdade a partir de práticas coercitivas e nas diversas formas de jogos teóricos ou científicos. As práticas de si são investidas pelas diferentes instituições e dentre elas destacamos, para os objetivos deste texto, aquelas do campo da saúde. Logo, os jogos de verdade não se referem apenas a uma prática coercitiva; incluem uma prática de autoformação do sujeito – ou seja, “um exercício de si sobre si mesmo por meio do qual se procura elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser.” (FOUCAULT, 2005, p. 265)

O filósofo destaca que liberação (no sentido de liberar algo que está aprisionado) e prática de liberdade não são a mesma coisa. Muitas vezes a liberação e a luta pela liberação são indispensáveis para a prática de liberdade. Mas qual é o problema ético da prática

da liberdade, como se pode praticar a liberdade? A ética é a prática da liberdade, afirma. “A liberdade é a condição ontológica da ética” (FOUCAULT, 2005, p. 267), e a liberdade é em si mesmo política, uma vez que ser livre significa não ser escravo de si mesmo nem dos “seus próprios apetites”, o que implica estabelecer consigo mesmo uma determinada relação de domínio, de controle. Então, o cuidado de si é de certa maneira o cuidado dos outros, é ético em si mesmo e implica relações complexas com os outros, o *ethos* (maneira de ser e de se conduzir) da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros, implica uma relação com os outros: “para cuidar bem de si, é preciso ouvir as lições de um mestre. Precisa-se de um guia, de um conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade.” (FOUCAULT, 2005, p. 271).

O cuidado de si visa ao bem dos outros, é preciso administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação, administrá-lo no sentido de recusar qualquer estratégia de dominação. Cuidado de si não é uma forma de amor a si mesmo, uma forma de egoísmo ou de interesse individual ou de qualquer forma de ensimesmamento. O cuidado de si é conhecimento de si, mas, principalmente, conhecimento de certas regras de conduta ou de princípios que regulam a relação entre os humanos. Quando há abuso do poder, se impõem aos outros nossas próprias fantasias e desejos. Esta é a imagem do tirano ou do homem poderoso que se aproveita do poder político e/ou de sua riqueza para abusar dos outros, para lhes impor um poder indevido, esse homem é escravo de seus apetites (FOUCAULT, 2005, p. 272). Cuidado de Si tem o sentido de um voltar-se a si mesmo, não como prática narcísica, pois não guarda relações com um fascínio por si, mas como prática que estabelece uma relação estética e ética consigo mesmo para resistir ao poder que assujeita e normaliza.

A ética é o modo como o indivíduo se constitui a si mesmo como sujeito de suas próprias ações e a ética do cuidado é um exercício de vida, que deve acontecer em todo o processo de nossa existência. Nossos atos iniciam no cuidado conosco e, nessa relação encontram-se, intrinsecamente, nossos deveres para com a humanidade, com os demais cidadãos. Inere-se, portanto, que ocupar-se consigo mesmo exige uma prática de atividades diversas e em

interatividade com os outros, o que nos indica que essa não é uma prática individualista, mas uma efetiva prática social.

Essa ética, na direção foucaultiana, é uma possibilidade de implementarmos práticas de cuidado que ao relativizarem o poder disciplinar, as estratégias de dominação, possibilitando que princípios como convivência, diálogo, co-responsabilidade, multiplicidade, pluralismo, alteridade, diferença, não permaneçam na retórica, viabilizem o questionamento da atividade de cuidar e, desse modo, contribui para que os humanos não se destruam. Uma ética do cuidado que, ao nos forçar a perguntar o que estamos fazendo de nós mesmos, como nos indicou Foucault, ao problematizarmos o que somos, quem é o outro, como vivemos, possam nos abrir ao perigo, às infidelidades do meio (CANGUILHEM, 2000), às variabilidades do viver, ou seja, à possibilidade de experimentação, de criação, de produção de sujeitos solidários e cooperativos. Criar, assim, uma atividade do cuidado, que reconheça o outro em sua alteridade.

A questão que tal formulação nos coloca é então: como um sujeito entra num certo jogo de verdade? Como os sujeitos foram situados nesse jogo de verdade definidos por um modelo médico? Como fazer do cuidar prática de liberdade? Como se pode praticar a liberdade? (FOUCAULT, 2005, p. 267). Como, na atividade do cuidado, podemos evitar os estado de dominação? Como desenvolver uma ética do cuidado nas ações de saúde?

Consideramos que essa diretriz das práticas de cuidado que estamos indicando pode abrir linhas interessantes para uma cartografia da ética do cuidado em saúde. O cuidado de si, baseado em práticas de liberdade, nos coloca no limite das relações de poder. Estamos diante de uma proposta ética que recusa e não permite que tais relações se desequilibrem, tornando-as domínio. Assim o fazendo, o cuidado de si é, simultaneamente, cuidado com o outro, afastando-se de um fechamento em si mesmo, numa tentativa de mover-se na coletivização da liberdade. Um cuidar de si co-extensivo ao ato de viver. “Cuidar de si para converter-se ao extravio de si, indo em direção a si próprio para perder-se” (AMADOR, 2007, p. 56).

O cuidado de si preconizado nas formulações foucaultianas se constitui como espaços para o pensamento, para um diálogo que não visa à afirmação de verdades inquestionáveis, mas que nos movem

e nos arrancam violentamente dos lugares confortáveis das verdades instituídas, dos jogos de verdade acionados pelas diversas e divergentes instituições sociais. Uma relação dialógica que é ao mesmo tempo um olhar que se lança sobre o outro e uma maneira de se oferecer ao olhar do outro por meio do que lhe é dito sobre si mesmo (AMADOR, 2007), num processo de co-engendramento incessante. Não cabe apenas encontrar a causa da dor do outro que demanda cuidado, mas entendê-la e compartilhá-la. Sentir o outro e abrir-se cada vez mais para o que vem dele, suas paixões, seus valores, suas histórias. Abrir-se para esse campo de lutas que marca as relações entre os humanos, afirmando práticas de liberdade.

Tomar o outro como face do cuidado passa a ter, então, o sentido de produzir novos modos de trabalhar em saúde que potencializem o protagonismo dos sujeitos, que implica co-responsabilidade. Afinal, ninguém melhor que aquele que demanda cuidado para falar do seu sofrimento e de sua saúde. Com Deleuze (2000) reafirmamos a indignidade de se falar pelo outro.

Não é possível, portanto, pensar **mudanças dos modos de cuidar**, se não operamos uma radical torção nos modos como trabalhamos em saúde, se não recusamos o lugar de amoladores de facas. Existe uma relação estreita entre produção de saúde e o modo como nos relacionamos com os outros e com o ambiente que produzimos e vivemos. Pensar na dimensão coletiva de nossas ações em saúde é afirmar que saúde não se produz por um único ser, mas nasce em nossas relações, no modo como essas relações acontecem. Se elas se deixam levar por estados de dominação, é impossível “garantir o direito humano de ser” conforme nos sugere a questão disparadora deste debate.

A perspectiva de cuidado que estamos afirmando envolve, portanto, um modo de trabalhar que opera com uma concepção acerca do humano que o considera como um vivente que tem um potencial especialmente ativo, linguageiro-dialógico, emotivo-amoroso, dinâmico, plástico e inventivo, como nos indica Botecchia (2007, p. 34). Ressaltar seu caráter dialógico é dizer que todo viver humano consiste numa prática cotidiana de convivência com o outro, mediada por redes de conversações. Dotados de uma capacidade para viver, os humanos estabelecem uma interação no e com o meio, encon-

trando e inventando saídas, alternativas para os problemas colocados na relação com o meio e consigo.

Esta perspectiva exige, portanto, uma concepção de cuidado do ponto de vista da atividade, que busca acompanhar o movimento plástico dos humanos, de forma que possamos operar com essa dinâmica no cuidar. “Numa aceitação legítima do outro, autorizando-o como legítimo outro, assim como seu saber, afirmamos que somente será possível compreender e intervir numa dada situação de cuidado, aliançados com aqueles que vivem o sofrimento” (BOTECCIA, 2007, p. 35).

Isso posto, consideramos que para fazer funcionar esse modo de operar a atividade do cuidar, o encontro que se efetiva nessa relação deve estar pautado por exigências éticas que se articulam com uma filosofia da humanidade que se expressa na maneira de ver o outro como seu semelhante e não entendido como um outro que pressupomos saber o que ele faz e por que faz, quais são seus valores. Buscar uma articulação crítico-criativa entre o saber do especialista e o advindo daquele que demanda cuidado, conjurar os especialismos, mesmo aqueles que, muitas vezes, estão também nos “usuários”, é um caminho para afirmarmos essa ética do cuidado.

#### Aproximação 4 - Da cartografia como método da atividade do cuidar

Construir dispositivos dialógicos que acionem outros modos de trabalhar que produzem saúde, é o que persegue o profissional cartógrafo. A cartografia é uma direção metodológica que nos permite retomar a questão da experiência no âmbito das práticas em saúde e, neste texto, a atividade de cuidar. Por que o princípio cartográfico? Porque, na medida em que defendemos a tese de que o outro como face do cuidado não está lá desde sempre para ser desvendado pelos diferentes saberes do campo da saúde, a cartografia como método que acompanha processos mais do que estados de coisa, se alia com essa perspectiva segundo a qual o humano é considerado como um vivente dinâmico, plástico e inventivo. A cartografia desenha ao mesmo tempo em que gera. Cuidar, então, teria o sentido de acompanhamento dos processos de gênese da realidade de si e do mundo, na direção de uma abertura do coeficiente comunicacional dos sujeitos e dos grupos, o que foi nomeado

por Guattari como transversalidade. Atividade de cuidado, portanto, como transformação de paisagem ou dos universos de referência (EIRADO; PASSOS, 2007). Nessa direção cartográfica, o cuidar não teria como pressuposto o conhecer para cuidar, o que identificaria tal prática com práticas “diagnosticistas” e, sim, um cuidar como forma de conhecer, um paradigma que afirma a inseparabilidade entre cuidar e conhecer.

Como nos indicam Eirado e Passos (2007), o cartógrafo não toma o eu como objeto, ao contrário, trabalha com os processos de emergência de um si que é

desestabilização dos pontos de vista que colapsam a experiência no eu. [...] esta é uma posição paradoxal do cartógrafo, que indica uma possibilidade de habitar a experiência sem estar amarrado a nenhum ponto de vista e sua tarefa é dissolver a centralidade do ponto de vista do observador, sem anular a observação (EIRADO; PASSOS, 2007, p. 1-2).

Essa maior abertura da experiência implica uma dissolução do ponto de vista do profissional do cuidado e exige uma postura que prioriza a experiência, “entendida como plano implicacional<sup>6</sup> onde sujeito e objeto têm sua condição de gênese para além do que se apresenta como forma permanente, substancial e proprietária” (EIRADO; PASSOS, 2007, p. 2).

Então, se afirmamos princípios pautados numa filosofia da humanidade que considera o humano como ser ativo, dialógico e plástico, a discussão metodológica sobre a questão da atividade do cuidar tem que ser coerente com esses princípios. A idéia é de que conhecer o mundo, conhecer o outro, não é representar uma realidade preexistente, mas é um processo de invenção, processo de co-engendramento dos sujeitos que estão em relação na atividade do cuidado. Os sujeitos nessa relação não são polos preexistentes. O cuidado não se efetiva a partir de uma relação entre dois indivíduos,

<sup>6</sup> O conceito de implicação forjado no âmbito da Análise Institucional Francesa é um desdobramento crítico dos conceitos freudianos de transferência e contratransferência. Indica a inseparabilidade entre o sujeito que conhece e a realidade conhecida, ambos imersos em um plano de conexões. O conceito de implicação indica, portanto, esse plano de produção de realidade do mundo e do sujeito, que, como numa rede, o que é ligado não preexiste às ligações (EIRADO; PASSOS, 2007).

dois extremos, dois sujeitos prévios. Essa diretriz construtivista implica que o ato e o processo de cuidar engendram, num mesmo movimento, os sujeitos que estão em relação, considerados como efeitos desse processo.

Buscamos retirar qualquer teleonomia das práticas de cuidar, a partir do que a teoria da autopoiese do trabalho de Maturana e Varela (1995) nos inspira, articulado com um construtivismo formulado por Deleuze (2000) e Guattari-Rolnik (2005) sobre produção de subjetividade. Essa articulação conceitual nos indica que a Cartografia seria um método adequado na atualização desses princípios e diretrizes, uma vez que busca, como já indicamos, acompanhar um processo e não representar uma dada realidade, donde essa idéia de “outro” com a qual trabalhamos inclui um processo de subjetivação constante. A cartografia é um método de trabalho que está, portanto, em sintonia com esses princípios e diretrizes. O desafio no trabalho do cartógrafo é o de apostar na processualidade no seu campo de intervenção.

Conseqüentemente, fica a questão: como se efetiva uma ação no campo da saúde, nas relações de cuidado, que não seja nem um retrato da interioridade ou da subjetividade de um outro e nem tão pouco um retrato de uma realidade objetiva, independente dos sujeitos que a produzem? Como construir um método que busca captar essa dimensão processual, essa dimensão de coengendramento?

Retomando a questão disparadora do debate em pauta: seria possível garantir o direito humano de ser tendo o outro como face do cuidado? Afirmamos: apenas abandonando e conjurando os lugares/funções de amoladores de faca e assumindo a postura ético-política do cartógrafo na atividade do cuidar. Postura que busca reinventar vida, que está aquém e além da sua dimensão biológica.

*Uma vida está por todos os lugares, por todos os momentos que atravessam este ou aquele sujeito vivo e que medem tais objetos vividos: vida imanente trazendo os acontecimentos ou singularidades que apenas se atualizam nos sujeitos e nos objetos. Essa vida indefinida não tem, ela mesma, momentos, por mais próximos que estejam uns dos outros, mas apenas entretempos, entremomentos. Ela não sobrevém nem sucede, mas apresenta a imensidão do tempo vazio em que se vê o acontecimento ainda porvir e já transcorrido, no absoluto de uma consciência imediata. (DELEUZE, 2000, p. 3).*

Como nos indica Pelbart, vida que inclui sinergia coletiva, cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea. Vida que, ao não ser reduzida à sua dimensão biológica, torna-se “cada vez mais virtualidade molecular da multidão, energia a-orgânica, corpo-sem-orgãos” (PELBART, 2003, p. 83).

## Referências

- AMADOR, F. *Olhos que buscam: por entre prisões da imagem, imagens da prisão*. Texto de qualificação (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- BAPTISTA, L. A. *A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus Editorial, 1999.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.
- BOTECHIA, Fabíola R. *O desafio de compreender-desenvolver um regime de produção de saberes sobre o trabalho e suas relações: a Comunidade Ampliada de Pesquisa*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização*, Documento Básico. Brasília, 2004.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. Lisboa: Relógio d'Água, 2000.
- DELEUZE, Gilles. Disponível em: [http://www.freewebtown.com/polis\\_contemp/GD\\_a\\_iman%EAncia\\_uma\\_vida.pdf](http://www.freewebtown.com/polis_contemp/GD_a_iman%EAncia_uma_vida.pdf). Acesso em: 15 jul. 2008.
- EIRADO, A.; PASSOS, E. *Cartografia como dispositivo do ponto de vista do observador*, 2007. Texto não publicado. Mimeo.
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- KASTRUP, V. *A cartografia como método*. Palestra proferida na UFES, Vitória, set. 2007.
- LOURAU, R. *Les lapsus des intellectuels*. Paris: Privat, 1981.
- MATURANA H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. São Paulo: Editorial Psy, 1995.
- MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.
- NIETZSCHE, F. *Despojos de uma tragédia*. Lisboa: Relógio d'Água, 1991.

PELBART, P. P. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.  
TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p.89-111.  
SCHWARTZ, Y. *Travail et philosophie: convocations mutuelles*. Toulouse: Octares, 1992.  
WISNER, A. *Réflexions sur l'ergonomie*. Toulouse: Octares, 1995.

## Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum

FABIO HEBERT DA SILVA  
RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

*Não serei o poeta de um mundo caduco.  
Também não cantarei o mundo futuro.  
Estou preso à vida e olho meus companheiros  
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.  
Entre eles, considero a enorme realidade.  
O presente é tão grande, não nos afastemos.  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.  
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,  
Não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,  
Não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,  
Não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins,  
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,  
A vida presente.  
Mãos Dadas, Carlos Drummond de Andrade*

Este ensaio nasce de um exercício analítico acerca do trabalho em saúde em diferentes instituições de saúde, que resultou na produção da coletânea *Trabalho em equipe sobre o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*, a saber: pensar as práticas de saúde a partir de uma dimensão ética. Nesse caminhar, uma série de inquietações, atalhos e desvios foram produzidos tendo como horizonte a importância de mantermos a discussão a partir do concreto das práticas, do presente dos homens e mulheres nos serviços de saúde. Como nos instiga Drummond, não nos interessa cantar a saúde de um mundo caduco ou de um mundo por vir, queremos pensar o cuidado e a integralidade de mãos dadas com a vida presente, em movimento constante, como numa ciranda.

### Cuidado e integralidade: de mãos dadas

Pensar os temas da *integralidade em saúde* e o do *cuidado*, como proposta inicial desta coletânea, surge para nós como um curioso desafio, cujo paradoxo passa, não pela dificuldade de articulá-los, ao contrário, passa pela impossibilidade de pensá-los como termos dissociados. A *integralidade em saúde*, como entendemos, emerge no *cuidado*, melhor dizendo, nas *relações de cuidado em saúde*.

Algumas precauções são importantes, sendo a principal delas, fugir das abstrações e generalizações tanto da noção de *integralidade* quanto de *cuidado*. Essa aparente obviedade da relação entre tais noções surge como um risco, pois, na medida em que são tomadas idênticas, pode fugir-nos as conseqüências éticas da relação.

Toda prática de integralidade é também uma prática de cuidado, pois, tratando da atualização de princípios éticos, a integralidade se refere ao cuidado no estabelecimento de relações mais amplas. Trata-se, portanto, de uma aposta na indissociabilidade entre o modo como nos organizamos e estabelecemos relações e a “preocupação” ética com os efeitos desses modos de relação.

Pensar a integralidade a partir de uma atuação no plano da ética remonta à abertura a processualidade e alteridade nos inúmeros encontros estabelecidos nos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2007). As práticas de integralidade emergem na superação das diferentes dimensões em que a fragmentação se faz presente no cotidiano, nas relações imediatas com o tempo, com o espaço<sup>1</sup> e com o outro. É na ação contextualizada que integralidade e cuidado se entrelaçam.

Por outro lado, há certas práticas (que se denominam) de cuidado em saúde que não expressam de modo algum a atualização de princípios éticos; são ações descontextualizadas, que ignoram o movimento, que privilegiam o plano das formas em detrimento do plano das forças e das intensidades. Essas práticas pressupõem e se fundamentam na fragmentação, na cisão com outro e com a processualidade; limitando o espaço do encontro a técnicas, normas, tecnologias e saberes que o antecedem e que o são independentes.

<sup>1</sup> Entendendo espaço como um espaço vivo, em mutação, que é resultado da relação entre a configuração do território, da paisagem e dos movimentos da sociedade (SANTOS, 1996).

Tal forma de agir restringe a integralidade e a potência de produção de saúde

[...] na medida em que são obstruídas as saídas e aprisionadas as possibilidades de mudança, há uma diminuição da potência de criação de outros modos de existências condizentes com as diferenciações e transformações ocorridas no mundo. Uma diminuição da capacidade de atualização e diferenciação, da produção de novas normas de vida, da própria saúde. (GOMES *et al.*, 2007, p. 26).

É importante a demarcação destes limites conceituais, para que não incorramos no equívoco de não reconhecer que, embora a aposta seja trabalhar com a indissociabilidade entre práticas de integralidade em saúde e práticas de cuidado (conceito/prática que se distinguem, mas não se separam), não tratamos necessariamente das mesmas coisas.

### Práticas de integralidade em saúde

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. (XAVIER; GUIMARÃES, 2006, p. 37).

Como nos mostram os trabalhos publicados no país nos últimos anos (PINHEIRO; MATTOS, 2001 e 2006; PINHEIRO; MATTOS; BARROS, 2007; AYRES, 2004 e 2007; TESSER; LUZ, 2008), a produção teórica e acadêmica acerca do conceito de integralidade possui dimensões e sentidos que qualificam e ampliam sua noção legal, definida na Lei n. 8.080/90, como: “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). E ainda, quando nos debruçamos sobre a noção de integralidade em saúde abre-se diante de nós um enorme campo de estudo e debate, uma vez que a saúde é um objeto complexo, multifacetado, podendo gerar inúmeros discursos a partir dos diferentes pontos de vista; é plural em olhares e significações (ALMEIDA FILHO, 1997).

Embora tenhamos inúmeras definições de saúde, vale a pena delimitar nosso ponto de partida, para que os desdobramentos do texto apresentem uma coerência epistemológica. Neste contexto, a

noção de “saúde” expressa a capacidade do “vivente” de inventar e experimentar modos de nos relacionar com os outros, conosco, com o mundo que habitamos. Quando alguém se depara com uma situação onde não pode inventar (a partir de sua experiência de mundo) outros modos de relação, a vida é neste ponto constrangida e a consequência é o adoecimento. Segundo Canguilhem (2000, p. 146), “a doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma”. O patológico, então, seria uma forma de funcionamento que impede a problematização e a transformação da própria vida em novo modo de relação. Canguilhem continua, afirmando que “o ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes” (p. 142).

A saúde, neste sentido, jamais é produzida por um único ser, mas nasce em nossas relações, no modo como estas acontecem. Saúde é a capacidade de estabelecer outras conexões com o mundo – relações experimentadas como uma *co-responsabilização*, de uma interdependência entre vidas na complexa rede de convivência.

Ao tentar operar no concreto da experiência com esse modo de pensar a saúde, a noção de integralidade desdobra-se, por um lado, em práticas de cuidado com o outro, e por outro, em um convívio mais saudável. Se um modo de estabelecer relações não se limita a interesses pessoais, amplia-se a capacidade de criar conexões positivas (não-paralisantes) com o mundo. Com isso, a integralidade em saúde torna-se intrinsecamente polissêmica (MATTOZ, 2001 e 2006) e inacabada, pois muitos são os ângulos de aproximação e discursos possíveis. A integralidade apresenta-se como potência na medida em que permite dar passagem a uma multiplicidade de vozes e desejos que se materializam em ações contextualizadas.

A integralidade é um termo muito rico, que permite iluminar as possibilidades de relações, porque elas existem, em especial, no cotidiano dos sujeitos nas instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem o tempo todo (PINHEIRO, 2004). Desta forma, tratamos de uma noção que se atualiza e se materializa nas práticas cotidianas.

Propomos um entendimento do princípio da integralidade como valores co-emergentes às práticas cotidianas. As práticas em saúde podem ou não apontar para integralidade, dependendo dos valores que circulam no cotidiano dos serviços e de quais são abraçados ou, melhor dizendo, corporificados pelos profissionais (GOMES *et al.*, 2007, p. 22).

### A dimensão ética do cuidado: o cuidado incorporado?

Pensamos então, a possibilidade de um entendimento mais amplo dessa experiência convencional de cuidado que emerge nas práticas de assistência à saúde e se efetiva numa dimensão relacional. E por tratar de um engajamento que não se restringe à defesa de certezas acerca da realidade, acerca de como cuidar e da melhor forma de agir, mas de um entendimento e uma outra atitude diante da vida cotidiana, entramos a nosso ver no campo da ética. À medida que agimos, um mundo habitável se ergue, compondo uma rede viva de relações. A forma dessas relações, então, depende da natureza das práticas e da extensão desses mundos habitados.

A idéia principal deste texto é que o cuidado que atualiza a dimensão ética da integralidade é uma prática direcionada por princípios que não limitam a experiência cotidiana à existência de um sujeito independente e imutável. Diante do imediatismo de respostas demandadas pelas situações cotidianas, só se conseguirá agir de forma ética se princípios éticos estiverem incorporados aos modos como nos relacionamos com os outros. De modo contrário, responderemos à variabilidade da vida através dos condicionamentos e limitações dos padrões habituais de ação. Incorporação esta que se inicia com o reconhecimento dos benefícios para nossas vidas de uma prática ética e culmina em uma ação no mundo ampliada pelo desenvolvimento da habilidade em estabelecer conexões saudáveis (e

<sup>2</sup> O termo “incorporação” deriva da noção de “co-emergência” entre sujeito e objeto. Nossa tendência a agir no mundo estabelecendo relações (benéficas ou não) depende do modo como estamos “acostumados” a dar surgimento a esse mundo. A incorporação implica uma habilidade de lidar com situações em que os modelos (externos) de ação não dão conta e o contexto exige uma resposta imediata e pertinente. Os modelos ou princípios são apenas orientações para a ação, mas não sua única dimensão – a orientação deve estar em consonância com o contexto. A incorporação trata, então, do quanto esses princípios estão presentes em nossas práticas cotidianas (VARELA, 1995).

positivas) e pela não-limitação da experiência a uma identidade independente e condicionada.

Se há na experiência algo que se mantém, uma essência, é essa capacidade de criar mundos compartilhados, de experimentar espaços relacionais. A qualidade desta experiência, se vivida como sofrimento e constrangimento ou como potência e liberdade, depende inegavelmente da capacidade de dialogar com o mundo que habitamos e de nos conectar com a dimensão coletiva que nos constitui.

Entretanto, ainda que se tenha clareza e se considere a importância desta capacidade, trata-se de um nível de abstração, e não basta para que efetivamente se experimente tal dimensão coletiva em nosso “fazer cotidiano”. O que embasa a transformação de nossas experiências, o que possibilita o surgimento dos objetos que guiam nossa conduta é a prática recorrente e não idéias ou processos cognitivos. Se aspiramos a uma ação mais ética e mais ampla no mundo, precisamos de meios e condições para praticá-la, torná-la “natural”. E a ética só surge onde há possibilidade de se ampliar a possibilidade de ação no mundo, de se inventar outros modos de “estar-se junto”; quando se age somente para satisfazer interesses próprios, a possibilidade de ação no mundo se restringe à satisfação desses interesses.

Também reduzir nossas experiências a essa dimensão cognitiva tem dificultado sobremaneira a compreensão das implicações e pertencimentos nas relações que temos estabelecido. Torna-se difícil ajudar ou cuidar quando desconsideramos tais afirmações, e o máximo que conseguimos fazer é enquadrar os outros dentro de nossos mundos-próprios. Quando assim se faz, não se pode ver além daquilo que se está acostumado a ver, ou seja, nossa cegueira é a incapacidade de ver algo que não seja os próprios condicionamentos ou automatismos. Nesse sentido, pensamos ser de grande valia ponderar sobre os pressupostos do que tratamos por cuidado, entendendo-o em um contexto onde as possibilidades de uma ação ética ultrapassassem noções abstratas e se concretizassem no âmago das experiências cotidianas.

Tratar da ética é, em nosso entendimento, refletir e agir a partir da noção de um “cuidado” constitutivo de nossas próprias vidas: não há como cuidar de si sem cuidar dos que estão ao nosso redor. A qualidade de nossos sentimentos e emoções depende

inexoravelmente da qualidade do nosso convívio com os outros seres (que damos nascimento ao nos relacionar) e com o ambiente (que surge da ação) que compartilhamos. A aventura da ética por essa perspectiva é a aventura do cuidar, do tornar preciosa a vida humana. É importante que exista uma compreensão mais ampla dos valores que embasam nossas experiências, para que se possa analisar as vantagens e desvantagens para o convívio.

Tornando este modo de análise familiar ou habitual, tenta-se evitar que se caia em uma operatória de opiniões, onde o caminho leva sempre a uma verdade forçada, a uma paz consensual, ou numa fé cega, que experimentamos na atualidade como um imenso número de práticas autoritárias e até mesmo fundamentalistas. Isso que se toma por problemas (sociais ou individuais) então, fala menos de uma discussão de pontos de vista e mais a um habituar-se a conceber esses mesmos problemas como uma experiência de vidas interdependentes, de redes afirmativas de convívio. Refletir sobre os efeitos das práticas cotidianas em nossa vida é fundamental para entender essa direção, que chamaremos aqui de *ética*.

E, sempre dependente dessas práticas, vemos emergir acontecimentos, valores, sentimentos, emoções, aversões e gostos em relação à vida. Tudo o que nos acontece se insere em nossa visão de mundo. As formas como agimos “parecem” se justificar plenamente segundo nossa visão de mundo, nosso mundo-próprio. Mas, enquanto as práticas ocorrem sobre o fundo desses mundos-próprios independentes, portanto limitadas, ainda não estamos falando de ética.

Segundo Maturana e Varela (1995), estamos em demasia acostumados a ver e viver num mundo como um físico do século XIX, como um olho “desincorporado”, como se a lente pela qual observamos o mundo não tivesse qualquer relação com o fenômeno objetivado, ou como se o olhar não tivesse nenhuma relação com aquilo que se vê. Esse olhar a que estamos acostumados revela apenas um mundo já dado, e em vias de ser decodificado pelo desenvolvimento de técnicas e tecnologias.

Quando simplesmente se obedece ao curso dos padrões habituais (de pensamento e de ação), como se tudo pudesse ser resumido em termos de conceitos e idéias preconcebidas e fechadas em si, os referenciais para a ação ficam limitados ao âmbito desses preconcei-

tos. O que se perde aqui é a gênese dos modos como estabelecemos relações com o mundo e dos pressupostos que fundamentam esta prática, pois nesta reflexão parcial eles já estão dados: existe já de antemão um sujeito desincorporado que reflete sobre uma experiência abstrata, como se o ato de refletir e aquele que reflete não fossem em si, uma e só experiência. Este tipo de reflexão parcial (a partir de preconceitos e de modo teórico-abstrata) é cego exatamente onde se erguem os pressupostos. (VARELA, 2003).

A noção de um “eu” absoluto, de uma existência e de um observador independente pode nos revelar uma enorme contradição na forma como percebemos a operação de nossas próprias vidas, resumindo-as muitas vezes aos conceitos e à simples manipulação de objetos e tecnologias. Ampliar a reflexão sobre a experiência no (e com o) é, então, não limitá-la às visões de mundo pré-dadas.

Ser humano, estar vivendo é sempre estar em alguma situação, um contexto, um mundo. Nós não temos experiência de qualquer coisa que seja permanente e independente de alguma situação. Ainda sim, muitos de nós estamos convencidos de nossas identidades: temos uma personalidade, memórias e recordações, e planos e antecipações, que parecem estar agrupados em um ponto de vista coerente, um centro a partir do qual investigamos o mundo, o solo sobre o qual nos encontramos. (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003, p. 73).

A ampliação da reflexão culmina na noção de *ética*, pois, é um caminho para acessar nossa própria condição de existência: só existimos em uma dimensão coletiva – dimensão que já está presente e não precisamos “buscá-la” em outro lugar que não seja aqui e agora mesmo. E a ética não parte da limitação de um sujeito desencarnado e independente do mundo; parte sim, de uma experiência sempre contextualizada.

O que estamos sugerindo é uma mudança na natureza da reflexão de uma atividade abstrata desincorporada para uma reflexão incorporada (atenta) aberta. Por incorporada queremos nos referir à reflexão na qual corpo e mente foram unidos. O que essa formulação pretende veicular é que a reflexão não é apenas sobre a experiência, mas ela própria é uma forma de experiência – e a forma reflexiva de experiência pode ser desempenhada com atenção/consciência. Quando a reflexão é feita dessa forma, ela pode interromper a cadeia de padrões de pensamentos habituais e

preconcepções, de forma a ser uma reflexão aberta – aberta a possibilidades diferentes daquelas contidas nas representações comuns que uma pessoa tem do espaço da vida. (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003, p. 43).

Podemos ter em nossas práticas profissionais a incrível habilidade de produzir eloquentes e extensas análises verbais sobre nossa experiência de mundo e sobre a suposta experiência dos outros, mas quando nos deparamos com os nossos sentimentos e com as emoções que brotam de nossa percepção de mundo é como se estivéssemos tateando objetos desconhecidos em uma sala escura. Por exemplo, fala-se dos efeitos de práticas de cuidado em saúde com grande destreza, mas torna-se, ao mesmo tempo, extremamente difícil “cuidar” dos outros no contexto da saúde pública no Brasil, por exemplo.

Tendemos a viver num mundo de certezas, de uma perceptividade sólida e inquestionável, em que nossas convicções nos dizem que as coisas são da maneira como as vemos e que não pode haver alternativa ao que nos parece certo. Tal é nossa situação cotidiana, nossa condição cultural, nosso modo corrente de sermos humanos. (MATURANA; VARELA, 1995, p. 60-61).

Longe de negar a conceitual, pode-se utilizá-la para reorientar as práticas cotidianas, com o intuito de compreender melhor nossa situação atual, e mais especificamente, aquilo que tem dificultado o convívio e a relação de cuidado em saúde. Essa dificuldade de compreensão da situação dos outros (ou nosso convívio) acaba por impedir a operação do que é de fundamental importância dentro do campo da saúde, que é o cuidado. Torna-se difícil “cuidar” quando não há lucidez em nossas ações, quando não há amplitude no olhar: o máximo que conseguimos fazer é enquadrar os outros dentro de nossos mundos.

Os automatismos referem-se às respostas incorporadas (presentes e “naturais” em nossa vida) e prontas para as diversas situações que experimentamos, seja em um processo terapêutico ou em um círculo de amizades, e assim por diante. Perdendo-se a gênese desses automatismos, a reflexão ampliada sugerida por muitas tradições de pensamento – sobre a natureza de nossas experiências – corremos o risco (e comumente o fazemos) de nos relacionar com um “mundo” independente de nós, deixando para trás a capaci-

dade de avaliarmos de forma clara e ampla as conseqüências de nossas ações (VARELA, 1995).

Sabemos o que é saúde, o que é cuidado, o que é o peso de sustentar uma relação que nos faz sofrer; enfim, comumente sabemos o que deve ser feito, só não sabemos “como fazer”, como incorporar tal habilidade ao nosso fazer cotidiano. Hoje já nos parece consenso na discussão sobre o cuidado a impossibilidade de restringi-lo aos procedimentos ou mesmo aos sintomas e doenças, uma questão fundamental quando pensamos as práticas de assistência fundadas na racionalidade biomédica.

A noção de cuidado como atitude interativa, relacional, baseada na escuta acolhimento e vínculo, num encontro entre sujeitos com histórias de vida distintas, com demandas, desejos e temores singulares, já está presente na literatura recente do tema (LACERDA; VALLA, 2006; SILVA JR.; MERHY; CARVALHO, 2006) e fica clara na definição proposta por Ayres (2004, p. 22): “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

Não obstante, os novos conhecimentos produzidos sobre essa questão, as práticas nos serviços ainda são marcadas pela fragmentação e por relações entre indivíduos que são, freqüentemente, centradas nos procedimentos e na doença, em detrimento do encontro entre sujeitos singulares que co-habitam aquele espaço, expondo o “tensionamento relacionado à dificuldade em lidar com a alteridade [...] instalado no coração do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina” (TEIXEIRA, 2003, p. 93).

Mattos (2006) nos convoca a analisar as diferentes formas de cuidar e diversos conhecimentos sobre o cuidar, dentre eles o conhecimento científico, a partir de uma perspectiva que chamamos de ética, que considera o que ele produz ao outro, que vida ele potencializa. Ressalta ainda que não é o aval da ciência que garantirá o “melhor cuidado”. “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 e a opressão” (p. 121).

A partir dessa convocação, de pôr em análise os efeitos das práticas de cuidado em saúde: elas produzem um espaço de diálogo ou silenciamento, de inclusão ou exclusão dos saberes do outro, de produção de tutela ou autonomia?

### Em busca da produção do comum...

De certa forma, os saberes hegemônicos e as práticas dominantes na área da saúde, essas certezas incorporadas, tornam nossas relações ou nosso fazer, imunes às idéias e aos conceitos que elaboramos sobre como “deveriam” ser essas mesmas relações. Esses referenciais limitados e impermanentes tomados por imutáveis, por certezas irrefutáveis, são nossos pontos cegos. E entendemos que estes pontos cegos se manifestam em nossa vida como relações problemáticas. Ao priorizarmos as perspectivas identitárias autocentradas, não estaríamos estabelecendo as bases para uma cultura permeada por relações conflituosas, onde cada um está incumbido de defender seu próprio mundo?

Essa dificuldade de compreensão da situação dos outros acaba por impedir a operação do que é de fundamental importância dentro do campo da saúde, que é o cuidado, entendido a partir do princípio da integralidade. Torna-se difícil “cuidar” quando não há lucidez em nossas ações, quando não há amplitude no olhar: o máximo que conseguimos fazer é enquadrar os outros dentro de nossos mundos (DALAI LAMA, 2000a). Assim, para que o cuidado aconteça, é preciso romper com as identidades autocentradas, com os individualismos, em busca da produção do comum.

Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (AYRES, 2007, p. 58).

O cuidado, a partir dessa perspectiva, é co-emergente às práticas de produção do comum. O comum se constitui entre singularidades e não entre individualidades. “A singularidade é o homem que vive na relação com o outro, que se define na relação com o outro. Sem o outro ele não existe em si mesmo” (NEGRI, 2005, s/p), diferente

das individualidades, que se caracterizam como entes independentes, que possuem uma essência que se contrapõe ao conjunto.

“O comum é sempre construído por um reconhecimento do outro, por uma relação com o outro que se desenvolve nessa realidade” (NEGRI, 2005, s/p) – desta forma, o comum não é um espaço já dado, ele deve ser permanentemente produzido (HARDT; NEGRI, 2005, p. 14). O cuidado nas práticas de integralidade surge então como um exercício do comum, como um exercício constante de produção e gestão do comum, do espaço da própria vida.

## Referências

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, 1997.

ANDRADE, C. D. *Antologia poética*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1980.

AYRES, R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

\_\_\_\_\_. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

GOMES, R. S. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*. valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

HARDT, M.; NEGRI, A. *Multidão: guerra e democracia na era do império*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral a saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

NEGRI, A. *A constituição do comum*. Palestra proferida no II Seminário Internacional - Capitalismo Cognitivo: 'Economia do Conhecimento e a Constituição do Comum' - 24 out. 2005.

PINHEIRO, R. *Integralidade e prática social*. Disponível em: <[http://www.lappis.org.br/b\\_entrevista\\_roseni1.htm](http://www.lappis.org.br/b_entrevista_roseni1.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA JR., A G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 113-128.

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

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 195-206, 2008.

VARELA, F. *Sobre a competência ética*. Lisboa: Edições 70, 1995.

VARELA, F.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. *A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

# Representação social da medicina em estudantes do primeiro período da UFAC e as possibilidades de ensino-aprendizagem

RODRIGO SILVEIRA  
JULIANA LOFEGO  
OSVALDO LEAL

Quando falamos em cuidar do cuidado, logo nos vêm as seguintes indagações: Quem cuida? Como cuida? A partir de que pressuposto se põe à prática de cuidar?

Apesar de estar essencialmente relacionado com as profissões da área da saúde, o ato de cuidar tradicionalmente tem sido pouco enfatizado no ensino destas profissões. Há diferenças na forma, enfoque ou amplitude dada ao assunto conforme a profissão, mas de maneira geral vêm-se priorizando procedimentos técnicos em detrimento das ações de cuidado (SILVA JUNIOR *et al.*, 2006). No ensino da medicina, o modelo flexneriano foi hegemônico durante todo o século passado, levando o ensino à especialização precoce, ao hospitalocentrismo e à ênfase nas doenças. A pessoa e o processo de cuidado eram pouco debatidos nos contextos de ensino-aprendizagem.

Em contraponto, nas últimas décadas as críticas a esse modelo são crescentes, trazendo como argumento o distanciamento entre as práticas dos profissionais de saúde e as necessidades da população. Desde então, diversas experiências inovadoras almejando as mudanças de práticas têm sido realizadas de norte a sul do Brasil, procurando trazer o cuidado e a integralidade como eixo dos processos de formação. Para isso, os cursos tendem a diversificar os cenários de ensino, integrando-se com a rede de assistência do SUS; experimentam novos modelos pedagógicos, com a centralidade no aluno; problematizam as experiências vividas nos estágios no cotidiano dos serviços (PINHEIRO *et al.*, 2006).

As mudanças populacionais do Brasil e suas repercussões nos problemas de saúde têm colocado a medicina em xeque, no momento em que para exercer sua prática com boa qualidade é fundamental a noção de cuidado, forçando a ampliação da idéia de cura. A medicina trabalhou com a perspectiva de cura fortemente enraizada na base de sua atuação durante um longo tempo, sendo hoje um desafio trabalhar uma nova forma de se pensar e agir.

Esta maneira diferente de agir representa uma forma de pensar a prática e, mais do que tudo, se manifesta em atitudes relacionais, o que se traduz no cuidado. O sentido de cuidado que expressamos é assim definido por Ayres (2004, p. 74):

[...] uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Os problemas crônicos que acompanham o processo de envelhecimento da população desafiam a atitude dos profissionais de saúde. Estes se deparam com situações em que a melhoria do estado de saúde das pessoas depende menos dos procedimentos técnicos e prescrições realizadas, e mais das habilidades ligadas às relações interpessoais, tanto com os usuários quanto com a equipe. Determinadas atitudes influenciam a capacidade dos usuários de exercer o autocuidado e sua autonomia, o que depende também das redes de apoio social em que estão inseridos. O aumento dos casos de sofrimento psíquico reflete a fragilidade social em que nos encontramos hoje em dia, e resultam em aumento de frequência ao sistema de saúde (LUZ, 2004) e à medicalização do sofrimento e da vida (AGUIAR, 2004).

Nesse contexto, há que se considerar na prática clínica a possibilidade de formação de redes de apoio social como artifício terapêutico, entendendo-as como recursos emocionais, materiais e de informação produzidos pelas relações sociais frequentes de uma pessoa, que permite que a mesma possa superar suas dificuldades e sofrimentos (VALLA *et al.*, 2004).

Na medicina, torna-se imperativa a aproximação com contextos e práticas que aumentem sua capacidade de pensar e agir numa perspectiva ampliada (FAVORETO, 2006), que considere a capacidade de

escuta e interpretação das narrativas no seu processo de raciocínio diagnóstico, e as habilidades de trabalho em equipe, vínculo e responsabilidade nos projetos terapêuticos, individualizados e co-planejados.

Entendendo a possibilidade da medicina como uma profissão que tem em sua essência o cuidado, que caminhos devemos seguir para que alcancemos esse objetivo? Certamente existem alguns que devemos considerar. Aqui abordaremos aspectos ligados à formação médica.

A prática medicina hoje reflete os conceitos representados pelo que se convencionou chamar de modelo biomédico (CAPRA, 1982). Existem problemas na capacidade de resolver os problemas dos usuários, principalmente pelas dificuldades em entender as reais necessidades destes, o que acaba gerando um aumento da demanda. Aos poucos vamos entendendo a gênese dessa crise e ensaiando movimentos de mudança.

A transição de paradigma científico em que nos encontramos (SANTOS, 1987) é geral, abrangendo várias áreas de conhecimento, dentre elas a saúde e a educação. A educação básica, apesar de incipientes sinais de mudança, vem tradicionalmente sendo praticada com a centralidade no conteúdo e no professor. Os alunos geralmente exercem uma posição mais passiva e não são estimulados à crítica e à curiosidade sobre os fenômenos da vida. A medicina é tratada nos concursos e encarada pelos jovens estudantes como uma profissão fundamentalmente das ciências biológicas, baseada em técnicas e procedimentos. Pouco é considerado do seu aspecto social e humano. Esta forma de pensar reflete o que a sociedade pensa e espera da classe médica.

Os estudantes que ingressam no curso, o fazem cheios de expectativas, e trazendo uma bagagem altamente influenciada pela representação social da medicina. Segundo Spink (1993, p. 303), representações sociais são:

modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias – mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma **realidade comum**, que possibilita a comunicação. Deste modo as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo

cognitivo, tem de ser entendidos a partir do seu **contexto de produção**. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

Seguindo este caminho, podem ser consideradas formas de pensamento produzido e entendidos coletivamente nas formas de comunicação, e que passam a constituir um campo comum de idéias sobre determinado fenômeno, aproximando-se do senso comum. Para alguns autores, a aproximação entre o conhecimento científico e o senso comum é uma característica do processo de transição de modelo, que aproxima do cotidiano da vida das pessoas a produção do conhecimento (SANTOS, 1987; MOREIRA, 2003). Através do estudo das representações sociais, poderia-se contribuir para a superação dessa histórica separação (SPINK, 1993).

O objetivo deste texto é discutir aspectos da representação social de estudantes recém-ingressos no curso de medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC) sobre a profissão, manifestada através de desenhos, e a partir deles apontar possibilidades de trabalho nos processos de ensino-aprendizagem.

### O curso de medicina da UFAC e a representação através de desenhos

O curso de medicina da Universidade Federal do Acre iniciou-se em 2002, seguindo os rumos das novas diretrizes para o ensino de graduação nas áreas da saúde. Os alunos iniciam o contato com pacientes no primeiro período atuando na comunidade, e de forma crescente vão incorporando conceitos advindos de várias áreas do conhecimento e desenvolvendo gradativamente a prática clínica. Pretende-se assim, que essa prática seja realizada com uma ampliação do olhar para aspectos que tradicionalmente não são considerados.

Outros dois aspectos podem ser considerados como inovadores do curso. O primeiro é a integração das disciplinas de pesquisa bibliográfica, técnicas de análise do trabalho científico e atenção primária, no início do curso, na construção de projetos de pesquisa na comunidade e no sistema de saúde. Espera-se que o estudante aprenda a aprender. Essa ação, além de constituir-se em iniciação científica, possibilita uma integração entre ensino, pesquisa e extensão inserida no currículo do curso. A atuação de grande parte da carga horária do curso em unidades do sistema de saúde, desde a atenção primária até o hospital, constitui o segundo aspecto de inovação. A opção pela

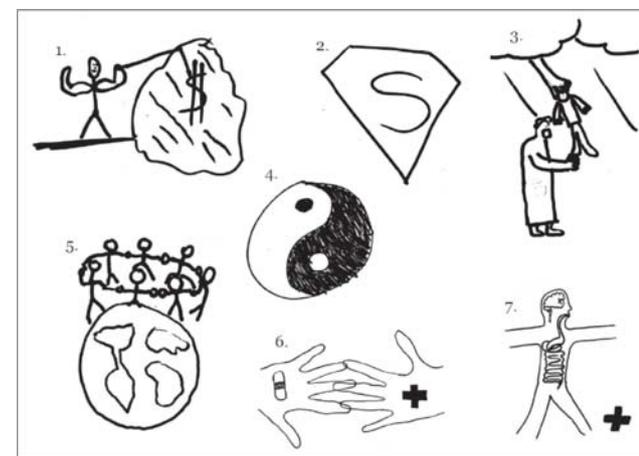
integração docente-assistencial aproxima o ensino da realidade das práticas, e torna o futuro médico conhecedor e, por que não, defensor do sistema único de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2006).

A aproximação das representações sociais dos acadêmicos do primeiro período se desenvolveu com uma atividade no primeiro dia de aula do curso. Essa atividade foi realizada nas últimas duas turmas que iniciaram o curso (2007 e 2008), num total de 80 alunos.

Após a dinâmica de apresentação de todos os alunos, cada um recebeu um papel em branco e um pincel, e o professor solicitou que fizessem um desenho que manifestasse o que a medicina representa para eles, o que pensam da medicina, o que significa a medicina na vida deles. Após o término, cada um deles fez a explicação do significado do desenho à frente da turma e fixou no local escolhido. Ao final foi construído um mosaico de figuras que compõem aspectos da representação social da medicina através do olhar desses atores.

A abordagem deste texto se baseou em categorizações determinadas pelos pesquisadores a partir dos símbolos representados nos desenhos, e de sua relação com aspectos do pensamento científico moderno e pós-moderno no atual contexto de transição do modelo. As categorias de análise baseadas no conteúdo simbólico dos desenhos foram: a medicina e o poder, o modelo biomédico e a solidariedade e o cuidado.

**Figuras 1 a 7. Alguns dos desenhos sobre o que representa a medicina para alunos ingressantes no curso de medicina da UFAC.**



## A medicina e o poder

Os símbolos representados nas figuras 1, 2 e 3 mostram três aspectos ligados ao poder, social e historicamente constituídos, que fazem parte do imaginário coletivo das pessoas e da sociedade.

Na figura 1, nota-se uma pessoa realizando um gesto que representa força (poder) e ligada ao que parece uma sacola de dinheiro (poder financeiro). É importante salientar que em alguns outros desenhos nas duas turmas apareceu também o símbolo do cifrão.

Apesar de desgastada pelo próprio momento de crise na saúde, tanto na ciência biomédica em si quanto nas dificuldades financeiras do setor e na falta de qualidade de alguns serviços, medicina é uma profissão que conserva um certo status social. As pessoas, notadamente os jovens, identificam a profissão com o sucesso na vida, dentro dos padrões de sociedade atual, e com o sucesso financeiro. Com a competitividade do mundo do trabalho nos dias atuais, aliada às dificuldades e disputa que os jovens enfrentam já no processo de ingresso na universidade, há uma busca ávida por estabilidade financeira e, em alguns casos, por enriquecimento.

É legítimo que os jovens lutem por estabilidade em suas vidas, o que todos desejamos para nossa vida em família e sociedade. Por outro lado, muitas vezes o que está envolvido nesta representação é a mercantilização da medicina, ou a assistência médica como um bem de consumo, influenciada pelas leis de oferta e demanda. É a possibilidade de ofertar um serviço qualificado e receber determinada quantia por ele.

Tradicionalmente, ao longo da história, o médico era um típico profissional liberal, contando com autonomia para o desenvolvimento de sua prática e desenvolvendo uma relação (vínculo) com pessoas e famílias, não apenas baseado no ganho financeiro. Observava-se uma prática na qual o médico se dedicava a seu ofício de cuidar e recebia o que poderia ser ofertado pela família (FERRARI, 1997). Muitas vezes não um ganho financeiro direto, mas presentes, como animais ou parte da produção familiar. Com a industrialização, a especialização crescente da profissão e o grande aumento na tecnologia médica de equipamentos e na indústria farmacêutica, houve mudanças substanciais no modo de se praticar a medicina; mudanças que incorporaram os conceitos capitalistas subjacentes ao modo de evolução dessas indústrias.

No debate atual dos rumos do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o relativo sucesso de sistemas nacionais de saúde de países desenvolvidos, calcado na idéia de bem-estar social, Campos (2007) faz uma análise da posição brasileira entre esse possível modelo e o modelo liberal-privatista baseado na mercantilização da saúde com base na medicina. Nas últimas décadas, apesar dos avanços no SUS, vemos um crescimento das empresas de planos de saúde (medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas e outros), e observamos uma série de distorções ligadas à falta de cobertura para determinadas doenças ou procedimentos e a tipos diferentes de planos que dão direito a esse ou aquele atendimento.

O aspecto financeiro traz outra discussão sobre o ensino, que vem à tona quando analisamos processos formativos realizados em universidades públicas brasileiras, e que têm na questão ética o principal subsídio. Será que, pelo fato de serem contemplados com uma formação financiada pelo povo, não seria eticamente importante que os futuros médicos atuassem na perspectiva de que o compromisso com o público e universal fosse considerado? Não seria uma contradição esses profissionais trabalhando numa ótica mercantilista num país com tantas desigualdades? Essas indagações servem de força motriz para um projeto de formação que trabalhe preceitos éticos baseados na realidade brasileira, considerando fortemente os aspectos de equidade e justiça social que podem resultar em mudanças.

Na figura 2 temos claramente um símbolo de poder: o símbolo do super-homem. Esse aspecto da representação social traz em si uma idéia de que o profissional médico tem o poder de mudar as coisas, ou de resolver os problemas, ou de transpor o intransponível.

A objetividade da prática médica, a partir da construção das bases do modelo biomédico, com a abertura dos cadáveres, com a associação da doença com lesões encontradas em órgãos (FOUCAULT, 1994) e o desenvolvimento da capacidade de intervenção, tornou-se hegemônica. Hoje a medicina tem forte caráter intervencionista, seja em atos cirúrgicos (onde vemos o extremo disso), seja em atuações prescritivas, não só de medicamentos, mas também de normas de vida baseadas na prática do higienismo. Talvez seja nesse último ponto que o super-homem mais se manifeste. O poder sentido pelo próprio médico, ou depositado nele,

onde, baseado em conhecimentos adquiridos durante o curso se tem o poder de mudar a vida das pessoas.

O problema que contrapõe esse pensamento se exhibe no fato em que, numa relação entre duas pessoas há sempre uma interação e uma troca (SILVA JUNIOR *et al.*, 2006), que nem sempre resulta nesse poder de mudança. Na prática ambulatorial, por exemplo, nem sempre o que é prescrito pelo médico é cumprido pelo paciente. Essa possibilidade depende de outros aspectos da prática médica, como o vínculo e a responsabilidade. O primeiro é caracterizada por Silva Junior e Mascarenhas (2004), em três sentidos: como afetividade entre trabalhador e usuário, como relação terapêutica, gerando movimento de procura do usuário ao profissional em caso de sofrimento, e como continuidade do cuidado. A responsabilidade está ligada ao vínculo, estando o profissional responsável pelo cuidado de pessoas de determinado território, ou pelas pessoas que atende em seu consultório.

Não obstante o apontado anteriormente, outro aspecto está presente também no símbolo super-homem: a determinação por fazer o bem, de salvar vidas, o que o credencia como herói. Uma das aspirações de pessoas que lutam para entrar no curso médico é ter o poder de salvar vidas. O fato de ter em si a determinação por contribuir na possibilidade de melhoria na vida das pessoas já credencia o futuro médico à possibilidade de aprender a cuidar. Apesar das mudanças na epidemiologia dos agravos à saúde já referido anteriormente, com o aumento das doenças crônicas, no imaginário social ainda está bastante freqüente a prática médica num contexto de emergência, onde é importante o poder de decisão rápida e a ação cuidadora é imediata. Uma manifestação disso na sociedade são os seriados televisivos sobre a medicina, que em sua grande maioria representam o cenário de uma unidade de emergência e as retrata as habilidades do profissional neste aspecto da prática.

A figura 3 é bastante emblemática. Retrata uma pessoa sendo levada para o céu por uma mão vinda das nuvens, que representa a mão de Deus, e o médico o segura supostamente impedindo que isso aconteça, ou seja, evitando a morte de um paciente. Aqui, podemos dizer que a representação está relacionada a um poder divino. Pela capacidade de salvar vidas, a sociedade em alguns momentos tende a olhar o profissional médico como um ser divino.

Não raro usuários se referem ao médico como um enviado de Deus, ou guiado por Deus em seus procedimentos. A deificação do médico está relacionada à postura profissional e ao fato de salvar vidas, que também aparece na figura 2. Em outro sentido, o símbolo também pode representar uma suposta e socialmente idealizada capacidade do médico de mudar a vontade de Deus.

Outro aspecto dessa representação de poder é a dificuldade em lidar com a possibilidade da morte, muito presente na medicina ocidental. Com a ênfase em técnicas e nos procedimentos, a medicina se distanciou dos aspectos humanos, não se apropriando do significado da morte e das questões ligadas ao cuidado com quem morre. Em sua formação, o estudante de medicina costuma discutir pouquíssimo sobre a morte. Quando um paciente morre, tende a avaliar como uma falha ou frustração, e por vezes pode questionar a qualidade de sua prática. Nos hospitais, freqüentemente são vistas cenas onde o médico tenta reverter uma parada cardíaca de uma pessoa que naturalmente estaria morrendo.

De certa forma, a prática médica ou as representações que a embasam são produto da formação cultural da população. Então, conforme a origem da pessoa, o local onde ela vive e as crenças e costumes de seu povo, se moldam também os valores e idéias dos profissionais de saúde. Na sociedade ocidental, apesar de diferentes crenças, há em geral um distanciamento da morte, que sendo um fenômeno desconhecido cientificamente e encarado distintamente por diferentes crenças, gera medo e insegurança. Quando se fala sobre morte em um grupo de pessoas, a maioria não tolera e pede a mudança de assunto. A prática médica reflete o pensamento social e coletivo, havendo então esse distanciamento.

Embora a postura descrita ainda seja hegemônica, hoje temos algumas experiências inovadoras em acompanhamento de pessoas com doenças graves, por meio de cuidados domiciliares e paliativos, que, além de aliviar o sofrimento, pode aproximar a família e dar a oportunidade para resolução de conflitos. É importante que surjam práticas que trabalhem um novo referencial, pois uma representação diferente sobre o que é a morte pode proporcionar maior dignidade no morrer. Desta forma, evidencia-se a importância de ações na formação dos profissionais de saúde que promovam esse debate.

## O modelo biomédico

Já existem várias evidências de que o ensino da medicina, durante todo o século passado, foi planejado e executado de acordo com pressupostos do modelo flexneriano, que é basicamente a aplicação do modelo biomédico nos processos formativos da área (LAMPERT, 2002). É também verdade que, após vários movimentos de crítica a esse modelo, aliados a processos avaliativos, diversas experiências têm enfatizado a prática cuidadora do estudante e do futuro médico (FEUERWERKER, 2002; BORBA, 2006; PINHEIRO *et al.*, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2006). Apesar desse movimento, o processo de transição é lento e gradual.

Assim como as práticas profissionais estão baseadas no modelo biomédico, a sociedade também a reproduz. As representações sociais têm sido ancoradas em pressupostos como: a atuação através de medicamentos sobre o corpo e as doenças, que têm uma causa definida e descobertas por exames complementares, no contexto hospitalar, com especialistas que vão conseguir extirpar o mal e curá-lo pontualmente. Exemplo disso são alguns usuários que ao entrarem no consultório já pedem o exame e a medicação. Ou os que não saem satisfeitos se não levarem a receita (CAPRA, 1982).

Em contrapartida, grande parte da população enxerga limitações na prática alopática ocidental e, ao constatar que seu problema não é resolvido, buscam outros tipos de cuidado em práticas integrativas, como a homeopatia e a acupuntura (LUZ, 2007), em rezadeiras e benzedadeiras, e na religiosidade. Várias religiões hoje trabalham com um processo de cura como a católica, algumas evangélicas e outras como o Santo Daime.

O aspecto biomédico é enfatizado tanto no processo de escolha pelo curso de medicina como na maioria das grades curriculares. Na decisão pela profissão há a influência de afinidades com as disciplinas de biologia, física e química, sendo estas também as mais importantes para uma boa pontuação no vestibular. Desta forma, o aluno se vê estudando medicina quando tem aulas de anatomia, fisiologia e outras disciplinas básicas. A perspectiva da prática médica com um olhar mais ampliado do processo saúde-doença e baseada no cuidado integral ainda é pouco difundida.

Alguns dos desenhos feitos pelos alunos apresentam figuras do corpo humano como órgãos e sistemas, como o apresentado na figura 7, que retrata o cérebro e o sistema digestório. Foucalt (1994) ressalta que na base do modelo biomédico, por ele denominado modelo anátomo-clínico, dentre outros aspectos está o estudo do corpo humano em seu interior, apenas realizado a partir do século XVII, sob a égide iluminista e positivista pós-Idade Média. Foi a partir daí que se associaram de forma mais clara as doenças às lesões dos órgãos ou sistemas.

A noção de adoecimento progressivamente se distanciou de fatores sociais e humanos a ele implicados, que aos poucos foram ficando pouco interessantes para quem estuda. Desta forma, disciplinas ou processos de ensino na graduação em medicina que enfatizam esses aspectos foram secundarizados como menos importantes, sendo valorizadas aquelas que versam sobre as doenças, o funcionamento de órgãos e sistemas e suas possíveis lesões.

Em contrapartida, observa-se progresso nas representações quando nos deparamos com a figura 4. Trata-se de um símbolo do taoísmo chinês em que o todo é representado pelo tão, que é composto por dois opostos (*yin* e *yang*), que guardam uma parte do outro em si, se alternam progressivamente e vivem em constante equilíbrio (CAPRA, 1982). Essa representação qualifica a medicina com a possibilidade da superação do modelo biomédico e uma prática mais baseada na integralidade e no cuidado. Algumas iniciativas no ensino da medicina (ANDERSON *et al.*, 2005; BORBA, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2006) têm incorporado essa discussão, havendo a possibilidade de avanço nas concepções e nas práticas do futuro médico. No contexto do curso, é interessante notar esse referencial em um aluno que acabou de ingressar, não tendo ainda vivenciado muitos processos. Esse fato sugere, como referido, que na sociedade já existe uma noção diferente do que seja medicina.

## A solidariedade e o cuidado

Entre os motivos apresentados por jovens para ingressar no curso de medicina, o desejo de ajudar as pessoas que necessitam é destacado. Esse pensamento solidário é comum no início do curso,

em que a possibilidade do cuidado existe de forma intrínseca, com pouca influência dos processos que levam à tecnificação do trabalho.

Esse aspecto é retratado nas figuras 5 e 6. A primeira traz a possibilidade da atuação em grupo ou em equipe e tendo o planeta Terra como cenário, ou como centro da atuação. O trabalho em equipe é uma das práticas que potencialmente levam ao cuidado. Para isso é importante que profissionais de diferentes áreas tenham a oportunidade de se comunicar e trocar idéias.

No cotidiano dos serviços, ainda é raro se ver uma prática integrada, baseada na interdisciplinaridade, mesmo que em unidades existam profissionais de profissões diferentes. Ainda trabalhamos em um sistema onde há a centralidade no médico, uma hegemonia desta profissão sobre as outras, e uma forma de trabalhar fragmentada, onde há um paralelismo entre as profissões, não havendo diálogo e espaços de troca entre as mesmas (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Para uma atuação interdisciplinar verdadeira no sistema de saúde, há que se oportunizar a possibilidade de interação ainda nos processos formativos. Ainda são incipientes as experiências em que isso acontece. O Ministério da Saúde tem recentemente estimulado as universidades a adotarem tal integração em práticas de estágio e vivência no sistema (BRASIL, 2007), com o objetivo de iniciar a prática interdisciplinar desde o início dos cursos. Nos processos de pós-graduação, existem experiências já consolidadas de caráter *stricto sensu*, principalmente no campo da Saúde Coletiva, mas quando pensamos em formação em serviço, os processos *lato sensu* se mostram promissores. As Residências Multiprofissionais em Saúde, notoriamente no campo da Saúde da Família, vêm resultando em práticas inovadoras capazes de impactar o serviço (BRASIL, 2006).

Outro aspecto interessante da figura 5 é a presença do planeta Terra, que pode estar ligada à noção de pertencimento, de território ou de cenário, mas também estar relacionada a um contexto de preocupação com a sua preservação numa época em que são bastante comentados os efeitos do aquecimento global decorrentes da ação predatória do homem. A primeira noção coloca obrigatoriamente o médico em seu local de atuação, onde o sentido de território ganha importância.

Quando falamos de território, é inevitável a imagem simbólica do mapa, presente na figura. Essa forma de representação deixa de

considerar o espaço relacional e político em que vivemos, onde as pessoas manifestam sua existência, onde há a vida em família, onde compram, negociam, estudam, trabalham, se transportam e se relacionam. Onde há prazer e há dor. Considerado dessa maneira, Santos (1997) se refere a um território-vivo, sendo o contexto de atuação do médico e sua equipe.

Em outra noção que a figura traz, existe a possibilidade do pensamento solidário em relação à Terra. É crescente a preocupação com a possibilidade de finitude da vida humana no planeta. Boff (1999) tem reforçado a idéia de uma visão sobre a Terra como um super-organismo vivo, onde os seres humanos compõem, junto aos animais, plantas, minerais e água, o que ele e outros autores chamam Gaya. Nessa concepção, a noção de cuidado com a Terra assume especial importância, pois coloca-nos como parte integrante de um todo e a recoloca no centro das ações de desenvolvimento, tradicionalmente o lugar dos homens.

Finalmente, na figura 6 observa-se claramente a noção de cuidado, representada por uma mão com o símbolo da saúde, junto a outra com um símbolo de doença. Esse desenho foi recorrente entre os estudantes, não necessariamente com os símbolos, e representa a presteza por ajuda, a disposição por atuar ajudando os que apresentam sofrimento. A figura ressalta que a prática do médico depende do outro, é estritamente relacional. Merhy (2002) se refere a esse aspecto da prática de profissionais de saúde como o trabalho vivo em ato, dependente de tecnologia leve. Ou seja, a capacidade de se relacionar com o paciente e com a equipe, que se contrapõe ao trabalho morto, baseado em procedimentos e técnicas. No ensino de graduação, tradicionalmente são enfatizadas as ações baseadas em trabalho morto, o que tem gerado distorções importantes na prática médica. Se por um lado vemos pessoas, geralmente jovens, entrando no curso de medicina com um potencial cuidador, como representado na figura, essa ênfase consegue diminuir ao longo do curso esse potencial. Percebe-se, então, uma contradição da formação: enquanto o futuro médico vai gradativamente adquirindo mais conhecimento e aumentando sua capacidade de intervenção sobre os problemas, vai perdendo a capacidade de cuidado e acaba por limitar sua capacidade de atuação sobre esses mesmos problemas.

### Possibilidades de ensino-aprendizagem

De acordo com os aspectos das representações sociais dos estudantes que acabaram de ingressar no curso de medicina, sugeridos nos desenhos, podemos ter a oportunidade de trabalhar no decorrer da graduação visando a promover vivências e debates que podem alterar ou reforçar determinada idéia do que seja a medicina e sua prática, tornando-as mais cuidadoras. É fundamental que ao longo do curso esses espaços sejam criados. E o conhecimento dessas representações pode trazer novos focos de debate.

Abordando as três categorias de análise, deve haver ao longo do curso discussões sobre o poder da medicina, em diversos aspectos, sobre a epistemologia subjacente às práticas, analisando a construção do modelo biomédico, trazendo à tona a noção de integralidade e holismo, e por fim reforçando a importância do cuidado como manifestação prática do conceito de integralidade, e a base da atuação médica no mundo contemporâneo.

Consideramos as experiências de ensino-aprendizagem na Atenção Primária, que vêm ganhando espaço na maioria dos cursos, como espaços privilegiados para a abordagem dessas representações sociais. Essas experiências têm sido ricas e de certa forma convergem nos modelos pedagógicos que se consolidam conforme a troca de idéias promovidas nos congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ANDERSON *et al.*, 2005). Nesse contexto, destaca-se a contribuição que os profissionais das áreas de Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família podem exercer como docentes ou tutores, pois são profissionais que conhecem e atuam no campo e têm no cerne de seu objeto de trabalho uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

O trabalho com pequenos grupos de alunos, que atuam em um território definido, acompanhando determinado número de famílias e havendo tutoria com professores, é prática que vem se consolidando e permite que o estudante entre em contato, desde o primeiro período, com pessoas inseridas em seu contexto familiar e comunitário, integrando ações preventivas e curativo-reabilitadoras. Em algumas experiências, esse acompanhamento dura um longo tempo dentro do curso, o que facilita a possibilidade da criação de vínculos, favorecendo assim uma prática na perspectiva do cuidado.

Nesta ação há a possibilidade de apreensão crítica da realidade das famílias. Realidade que por vezes os estudantes não conheciam e nunca imaginavam existir. Essa vivência contribui para o aprendizado do domínio afetivo, ou seja, são verdadeiros espaços de afeição. E como tal são capazes de mudar crenças e valores, trabalhando a subjetividade do estudante e suas representações sociais. Há uma diversidade grande de situações que envolvem pacientes, médicos, sistema de saúde, controle social etc. Há então uma grande potencialidade para o debate. As pessoas que são acompanhadas, além de relatarem aspectos de sua vida, do adoecimento ou não, falam também de suas experiências na busca por cuidado no sistema de saúde. Com isso podem ser analisadas questões como a dificuldade de acesso, a relação médico-paciente e as manifestações de poder presentes nessa prática. Podemos também debater questões éticas envolvidas na inserção dos profissionais no sistema de saúde, notadamente a presente busca por enriquecimento e status social, talvez incompatíveis com a realidade sanitária da população brasileira. A partir dessa vivência, o processo de adoecimento pode ser visto numa perspectiva ampliada, que avança de um olhar baseado no modelo biomédico para um modo mais integral de entendimento. Isso acontece principalmente porque os estudantes entram em contato com situações eminentemente complexas, o que explicita as limitações do modelo biomédico e exige uma atuação integral e cuidadora.

Tendo a Atenção Primária como local de prática, podemos também ter uma outra perspectiva sobre a morte. Geralmente o estudante entra em contato com a morte de um paciente com uma doença crônica no contexto hospitalar. E frequentemente se distancia, pensando não haver mais nada a fazer. A partir das experiências, pode-se trabalhar questões relativas a uma morte digna, em que temos sempre muito a fazer por pessoas nesse estado, no alívio do sofrimento, na proximidade com a família, no conforto e na despedida, e assim preparando melhor o estudante para esta situação.

Nesses contatos entre estudantes e comunidade, sempre são acompanhadas pessoas que precisam fazer uma consulta especializada, ou um procedimento como, por exemplo, o parto. Quando isso ocorre, podemos lançar mão do conceito de linhas de cuidado, no qual pode haver vivência dos estudantes em outras unidades, mas não como um

estágio baseado na especialidade, mas no cuidado centrado no usuário. O foco então passa da técnica ou do saber, para o cuidado.

Através de estágios em contextos diversificados, com a inclusão e a ênfase na Atenção Primária, e um modelo pedagógico mais centrado no aluno e menos na técnica ou no conteúdo, é possível trabalhar as representações sociais para que se aproximem de perspectiva na qual a medicina tem no cuidado seu pressuposto de trabalho.

### Considerações finais

As aspirações das pessoas que ingressam no curso de medicina são o reflexo das representações sociais sobre a profissão. Sendo assim, as figuras retratadas pelos estudantes, com sua simbologia, trazem a visão da sociedade como um todo sobre os profissionais e sua prática. Para uma perspectiva de mudanças no ensino médico, em que se pretende formar médicos mais humanos e mais próximos da realidade da população, é importante a apropriação pelos professores das crenças e valores que subjazem sua prática.

Geralmente se entra no curso de medicina ainda muito jovem, e esta é uma época da vida em que há muitas mudanças, tanto na vida social, com o processo de maturidade, quanto nos pontos de vista que guiam a profissão. Com isso, o estudante é altamente influenciável pelas vivências que atravessa ao longo do curso. Devemos então trabalhar alguns pontos que podem mudar o foco de atuação, de procedimentos e técnicas para o cuidado. Alguns deles foram debatidos aqui, como a idéia de poder, sempre presente nas práticas, o distanciamento da morte e a possibilidade de torná-la parte da vida, o modelo biomédico e o momento atual de transição, e a solidariedade com a Terra e com os seres humanos.

Num contexto de mudanças na educação médica, as práticas na Atenção Primária, notadamente aquelas que acontecem no início do curso, proporcionam possibilidades de atuação no processo ensino-aprendizagem onde essas representações podem ser trabalhadas numa perspectiva que leve a medicina a ser mais humana e que contribua no cuidado das pessoas que precisam. Desta forma, do ponto de vista da formação, estamos cuidando do cuidado.

### Referências

- AGUIAR, A.A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M.; RODRIGUES, R. D. *A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: Recomendações e potencialidades*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2: p. 455-464, 2007.
- BORBA, P. A saúde da família na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 45-56.
- BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12 (Supl.), p.1865-1874, 2007.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.
- FAVORETO, C. A. O. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 185-203.
- FERRARI, S.G. *Do interior de um médico*. Ponte Nova, 1997.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- LAMPERT, J. B. *Tendências de mudanças da formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- LUZ, M. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 9-20.

\_\_\_\_\_. As práticas alternativas na reformulação do Sistema Nacional de Saúde: contribuição para a VIII Conferência Nacional de Saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 57-65.

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

MOREIRA, M. S. *Psiconeuroimunologia*. Rio de Janeiro: Uni-Rio, 2003.

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

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 1987.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

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

SILVEIRA, R. P.; LEAL, O.; LOFEGO, J. Saúde da família no curso de medicina da Universidade Federal do Acre. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 15-32.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3: p. 300-308, 1993.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 103-117.

## Integralidade *again*: o São Bernardo e o R2D2

CARLOS ESTELLITA-LINS

### No museu

Uma exposição de história da medicina pode ser visitada no Rio de Janeiro. Importa menos saber se a exposição é adequada ou se desperta interesse ou promove informação científica, se efetivamente cumpre sua função museológica quanto à medicina. Nessa exposição, que trata da medicina desde a chegada da família real ao Brasil em 1808, encontramos uma única referência ao processo de cuidar, ao cuidado dispensado ao doente. Trata-se de uma gravura de Jean-Baptiste Debret figurando escravos-barbeiros, que tiveram autorização do físico-mór do reino (agora situado nos trópicos) para praticar a barbearia nos moldes da Europa do século XVII: atuam como barbeiros-cirurgiões no Rio de Janeiro por volta de 1830. Sem dúvida, trata-se de uma bela figuração do Princípio de Broussais e suas sangrias desatadas, que constituíam um tratamento coerente e sancionado pelos saberes contemporâneos à chegada da família real portuguesa (NACIONAL, 2008, p. 1).

As ventosas de cornos de vaca são ferramentas presentes na cena, que tem por protagonista um negro que cuida de outros negros utilizando sangria secundada por ventosas. Algo nesta cena evoca uma relação vigente, uma continuidade, uma nuvem de significantes e significados que são compartilhados por esses atores, incluindo as mencionadas ventosas. Trata-se provavelmente de uma singular figuração do cuidado. Não sei dizer se rara ou preciosa, pois desconhe-

ço a vasta iconografia da época. Quanto ao Brasil, trata-se indubitavelmente de um documento precioso.

Um marciano que visitasse o Museu Histórico teria dificuldade em imaginar que a medicina tivesse algo a ver com o cuidar. Provavelmente entenderia que a medicina tem relação profunda com o desenvolvimento de ferramentas ou instrumentos variados que se conectam com o corpo ou seus fluidos. Proponho que a ausência de cenas relacionadas com o processo de cuidar – implícito na medicina – seja considerada uma evidência da dificuldade de incluir o cuidar na própria medicina. Não se trata de um defeito da exposição (ainda que pudesse ser diferente, ou ser corrigida, melhorada), mas de um testemunho relevante da dificuldade de pensar uma história da medicina que percorra os labirintos do cuidar e dos cuidados dispensados aos pacientes, clientes, usuários e aos próprios cuidadores (LILLY, 2005, p. 4).

A medicina e o cuidar não estão tão próximos como se pensa ou como propõe o senso comum. O cuidar e o cuidado dispensado ao paciente permanecem sendo algo estranho à prática médica, embora paradoxalmente seja e deva ser constituinte desta. Este é um problema que pretendo encaminhar aqui através de algumas linhas de reflexão que não esgotam o paradoxo, mas tentam explicitá-lo melhor. Algumas perspectivas de atuação também ficarão necessariamente indicadas, sem que se trate de uma práxis, de um protocolo, nem de um projeto articulado de transformação do problema. Constatamos, portanto, uma resistência paradoxal do conceito e práxis do cuidar ao campo biomédico.

Alguém resmungava em surdina dentro de um hospital: “O médico não sabe cuidar!” Efetivamente, o médico não aprendeu a cuidar, nem mesmo se propõe a cuidar. Ninguém quer saber de cuidado algum. Esta assertiva se sustenta, não é abusiva; veja-se o currículo de uma faculdade de medicina ou um estágio ou residência médica. Tudo corrobora a velha disjunção entre prescrição e cuidados. O médico prescreve. O hospital, a família, os enfermeiros cuidam (e paramédicos, e técnicos, e reabilitadores, etc.). E assim por diante... Talvez um único caso constitua exceção aparente: o intensivista. Abordaremos isto caso em outro momento, pois está relacionado com o surgimento de um outro cuidador altamente especializado: o enfermeiro.

Quando seguimos Georges Canguilhem neste passo, alguma coisa se esclarece. Se patologia e fisiologia articulam-se enquanto conhecimento positivo do contínuo normal-patológico, ambas (ou serão uma serpente com duas cabeças?) reivindicam a racionalidade da terapêutica, sua justiça e precisão. Os doentes, entretanto, possuem um direito inalienável, que é aquele de serem pacientes, de padecerem eles e somente eles próprios dos males e mazelas que o conhecimento racional do Ocidente lhes desvela e imputa. Ora, dirá Canguilhem, saúde e doença são dois pólos de valoração que o vivente não apenas encontra, nomeia ou sanciona, mas também passiva ou ativamente produz e reencontra. A terapêutica também é uma negociação entre aquele que trata e aquele que é tratado, devendo-se fugir aqui da dicotomia sujeito/objeto. Cabe a ressalva de que, quem trata (médico, profissional de saúde, cuidador), condensa-se em uma consciência racional abstrata e simultaneamente em um ato judicativo-prescritivo, enquanto aquele que é tratado, ainda que falante e racional, independe de organizar-se em consciência, bastando ser organismo vivente, dotado de sua incontornável capacidade de experimentar novas normas biológicas. Isto implica pensar a terapêutica como um encontro entre o conhecimento científico e a potência normativa do vivente. Podemos conhecer as normas e o normal através da racionalidade, mas somente podemos criar novas normas enquanto viventes que adoecem e se dão ao luxo de ficarem doentes (CANGUILHEM, 1978, p. 6; CANGUILHEM, 1994, p. 2; DAGOGNET, 1997, p. 3).

A terapêutica é, portanto, um comércio, uma política e uma retórica antes de ser mero prolongamento da fisiopatologia ou da anatomia patológica. O conhecimento gera prescrições, mas a normatividade vital necessita de cuidados. Deste modo, poderíamos pensar a normatividade do vivente enquanto faculdade de cuidar de si face a uma situação de perigo, de desamparo, de desequilíbrio – em suma, de perda transitória da homeostase. Se quisermos, seria igualmente a faculdade de trocar com seu entorno e dele receber cuidados. Ocupar-se e ser pré-ocupado pelo meio ambiente altamente circunscrito e especializado do falante. O processo terapêutico diferencia-se do conhecimento médico, de modo sutil, porém relevante. Esta argumentação, *de per se*, justificaria parcialmente a econo-

mia da prescrição e sua necessária deriva em práticas de cuidados. A terapêutica pensada como processo amplo, mas acéfalo, organiza-se em conhecimento, negociação e cuidado. Um sintoma de nossa época é o desaparecimento da cadeira de terapêutica no ensino médico e a subsequente difusão da farmacologia como dispositivo prescritivo principal, senão único. Não se trata aqui do prestígio da química orgânica ou da biologia molecular, mas de uma desarticulação crescente da clínica face à fragmentação das especialidades, assim como de um enfraquecimento dos recursos do paciente para reivindicar que seu tratamento e sua cura possam ser tão singulares quanto sejam desejáveis.

O privilégio de um certo pensamento causalista pode ser responsabilizado por uma atitude descuidada com o cuidado. Cessada a causa, necessariamente cessaria o efeito. A tarefa do médico estaria metonimicamente contida no conhecimento diagnóstico. A prescrição seria uma consequência lógica da premissa diagnóstica, e assim por diante. Os senhores prescrevem sangrias e os escravos que se sujeiam com elas, e assim por diante... O preconceito desta fórmula leva a uma busca de causas e a um secreto contentamento com sua identificação, pois, aliás, nem sempre o médico tem o poder de cessar a causa (quase nunca).

Outro preconceito forte no imaginário da medicina científica a partir do século XVIII: a força do princípio hipocrático da *vix medicatrix naturae*: a natureza cura sozinha, trata-se apenas de não atrapalhar e de agir o mínimo possível. Como o processo de estabelecimento é necessário e derivado, não há por que se ocupar muito dele. Que as irmãs de caridade se ocupem será justificado pelo humanismo cristão e pela *charitas*. Na verdade sempre perdoamos ambas, como impostoras que são. Pretendem substituir a Natureza, e por isso mesmo devem permanecer anônimas e humildes durante esta usurpação. Em sua herança, situam-se muitas práticas hospitalares de cuidado, potencialmente gerenciadas pela enfermagem, sempre em busca de uma identidade a ser construída a partir do cuidar. Muitas doutrinas visitam o imaginário da terapêutica e ajudam a construir as imagens desgastadas do médico moderno. Perguntamos então se não são necessárias novas imagens do médico, se serão possíveis e ainda se são pertinentes.

### Com Heidegger

O cuidar aparece na filosofia do século XX com Martin Heidegger e depois com Jean-Paul Sartre. São avatares sempre buscados e reverenciados por autores atuais que tematizam o problema do cuidado buscando saídas. O campo semântico deste cuidar está situado pelo termo lidar-com, que aparece em expressões como: pré-ocupação, ocupação, encargo, etc... (*Be-sorgen* = *Souci*). Muitas importantes questões filosóficas se colocam a partir disto, mas nos afastaríamos da clínica se fôssemos uma só vez corretos ou generosos com seu alcance filosófico. Basta dizer aqui que se trata de uma certa visada intramundana, entre os objetos do mundo, construída por um ente, um troço, que ao abordar os outros entes constitui automaticamente uma totalidade de mundo para si (e para os outros). Aqui a visada intencional se reúne com a alteridade, aqui opera a intencionalidade que gera intersubjetividade. Isto significa que o humano se humaniza como existente (*Dasein*) ao visar de modo biunívoco um ente qualquer, que passa a ser para ele e também dele nesta visada intencional. Essa articulação não deve jamais ser entendida como mero encontro de sujeito e objeto (HEIDEGGER, 1988, p. 11). Para que este encontro com um Ente (*Seiende*) qualquer esteja preparado será preciso que a angústia e o medo da finitude, a possibilidade de morte compareçam. Ora, dirá Heidegger, o ente qualquer é um ente privilegiado, o exist-ente, pois está ao alcance da mão, isto é: do aqui e agora. O modo de ser que permite esta trajetória chama-se cuidar (*Sorge*). Seu processo consumado chama-se cura (*Kür*). (HORROCKS, 2004, p. 9; BORNSTEIN, 2003, p. 14).

Outro aspecto do lidar-cuidar vem a ser o mundo do trabalho, que de certo modo não deixa de ser mundo da técnica. Com Heidegger encontramos uma tentativa de substituir o trabalho como equivalente de nossa humanidade racional (Marx) por uma noção de *Dasein*, vivente-existente-humano, que se aproxima do termo vida (Nietzsche) e se define também pelo conceito de cuidar. Somos um animal que cuida. Cuida de si e cuida daquilo que o cerca, inclusive si próprio. (HOLLOWAY, 2002, p. 12). Sabemos que o existencialismo heideggeriano não se pretende um humanismo, por isso também evitaremos a humanização como expressão deste processo, onde o cuidar tem lugar garantido.

O cuidado pode ser aproximado do gesto. Antes de seus efeitos e seus objetivos, impõe-se algo que é por natureza excessivo e transborda, que indica reconhecimento generoso e prévio de alteridade, que empresta subjetividade ao mundo inerte, como o artista usa tinta ou bloco de mármore. A sinfonia ou o hino que estão na mochila do soldado não se confundem com aquele pedaço de papel da partitura, sua escrita materializada em um troço jogado no mundo (HEIDEGGER, 1958, p. 2; HEIDEGGER, 1976, p. 5). No cuidar emerge uma dissimetria antes da produtividade: cuido de você então não cuido de mim. Reconheço que você deve ser cuidado antes de qualquer decisão sobre mim ou sobre você mesmo. Demandar cuidados é fragilidade, vulnerabilidade, modo especial de falta que será modificado pelo cuidado. Nisto o gesto funciona como instrumento que introduz excesso e cria certo efeito simbólico, certa operação significativa e até mesmo algum jogo comunicativo larvar e incipiente. O gesto situa iniciativas de assistência absolutamente circunscritas, locais e irrepetíveis. Estaríamos novamente no território da intencionalidade husserliana. Por outro lado, a comunicação que é promovida pelo cuidar indica uma rua de mão dupla, processo bidirecional onde comunicar-se e comunicar alguma coisa se transformam em uma preciosa iniciativa de assistência. O gesto é o avô da mensagem. O problema do cuidar enquanto comunicação deveria ser situado a partir disto. A informação em saúde e a educação em saúde são representativas e auto-explicativas o bastante em sua emergência contemporânea (LENOIR, 1998, p. 24).

O devir tecnológico nos força a uma objetificação que gera exigência de objetividade e suspeita para com qualquer subjetividade. Com a lógica do procedimento, verificamos na saúde uma reificação progressiva e um fetichismo incontornável da mercadoria. Trata-se da vontade de domínio e vontade de saber em sua expressão niilista, negadora de valores sem que seja capaz de criar novos valores. Neste sentido, para Heidegger a técnica é uma apropriação niilista do mundo: ocupar-se de não se ocupar com nada, vontade de nada desmesurada, pois assumindo o Estado e o governo das consciências, pretende poupar tempo e esvaziar o sentido do cuidar, do ocupar-se. O ente vai sendo esgotado em ontologias regionais desautorizadas, mas enfatizadas e prepotentes. O ente triunfa através

do ser-do-ente após um esmiuçamento do mundo circundante. Seu escrutínio realizado pelas ciências deixa muito pouco para o valor que é conquistado com o Cuidar, com a experiência autêntica do Ser que é promovida pelo cuidar. Este esmiuçamento delimita centro, desenha diferença errante, permite que ser apareça em uma clareira a partir daquilo que não é ente e comparece como ser-do-ente. O trocadilho é pobre, porém, inevitável em sua assonância: (estar-)ser-doente evoca um cuidar irredutível e estranho, extremo, estremado pois seria o limite daquilo que vem a ser técnico. A confiança no conhecimento e a alegria com o controle de uma região do ente permanece absolutamente ingênua e ao mesmo tempo totalitária em sua pretensão. Ela pretende esquecer o cuidado, substituindo sua experiência pela reprodutibilidade de protocolos e procedimentos. Esquecer o cuidado como possibilidade própria do *Dasein* seria, por exemplo, equivalente a empacotá-lo para vender como um procedimento qualquer (HEIDEGGER, 1997, p. 7; HEIDEGGER, 1983, p. 6).

Cuidar, portanto, se não os afastamos demais de suas origens heideggerianas e husserlianas, significa lidar com o circundante e o circunvizinho e também significa um modo de estar engajado em tudo que é ativo e vivo. Cuidar é, portanto, ter vizinhos e exercer as fronteiras desta vizinhança, ou seja, visitá-los. Mais que isto: significa não poder não visitá-los. Neste sentido, podemos destrinchar algumas fórmulas enigmáticas de Emmanuel Lévinas sobre o cuidado e a responsabilidade com o Outro. Talvez muito antes disto, possamos entender o reconhecimento do Outro enquanto processo inerente ao cuidar. Para Lévinas, o cuidado se prefigura na face, no rosto do Outro. Assim como se configura na idéia de ponte. Naquilo que permite transpor um abismo-obstáculo qualquer.

Vizinho ou visita, rosto ou ponte, qualquer figuração do cuidar nos coloca na trilha de sua encarnação e realização. O fenomenólogo preferiria o termo *imanência*. Isto nos preocupa, pois o cuidar permaneceu para seus teóricos principais um achado tão importante que não descia facilmente de seu platô transcendental. Talvez isto seja plenamente justificado, o que acarretaria, portanto, que qualquer apropriação do conceito de cuidar seja perigosa ou leviana quando tenta assimilar a noção às práticas cotidianas denominadas vulgarmente de “cuidar de alguém” ou “ministrar cuidados”. Círculo vi-

cioso: construímos a respeitabilidade conceitual do cuidar para a seguir, nos proibirmos de utilizá-la enquanto ferramenta.

Teóricos de enfermagem têm tentado resolver este problema, assim como psiquiatras existencialistas o fizeram há décadas. A recente publicação dos Seminários de Zollikon, diálogos de Heidegger com Medard Boss, não nos traz grande alento: tudo indica que Heidegger reservava ao conceito de *Sorge* um uso estritamente transcendental, desprezando seu uso vulgar ou sua derivação transcendente. Haveria então sentido em insistir em falar de um cuidado empírico? O cuidar em sua dimensão prática. Algo simples e pedestre como escutar alguém que sofre, varrer o chão, limpar a bunda, ajudar a andar ou trocar um cateter... Pode-se nomear esta questão de flutuação empírico-transcendental do campo semântico do cuidar fenomenológico existencial. Esta flutuação não consiste em um problema de rigor filosófico conceitual, mas ao contrário, desvia-se dele para reencontrar novos questionamentos que a prática clínica e os equipamentos coletivos de saúde sugerem ou reivindicam. Pode-se adotar uma resposta afirmativa, ainda que provisória.

O cuidar e o preocupar-se foram retirados do mundo-da-vida para explicar a formação deste mesmo mundo, suas condições de possibilidade. Agora os praticantes da saúde e deste mesmo cuidar querem descrever seu próprio mundo usando uma expressão que não mais lhes pertence de direito. Resta-nos talvez um uso de contrabando do conceito ou ainda uma astúcia deleuziana em deslocá-o e deformá-lo em assumida anamorfose: cuidamos para que o cuidar caiba dentro de nossas práticas de cuidar. Possivelmente cabe alguma negociação com a tecnologia para que essa tarefa se cumpra satisfatoriamente.

A integralidade geralmente tende a fundar-se na totalidade do organismo e da vida, no rastro psicossocial do organismo humano, o que lhe confere uma certa confusão com holismos, monismos e modelos não-científicos ou não-ocidentais de completude ou harmonia. Suponho que esta maneira de falar da integralidade poderia ser vista do avesso, de modo mais filosoficamente legítimo, pensando-se o cuidado a partir da totalidade do ente, do problema da avaliação e da perspectiva face ao mundo circundante enfadonho e repetitivo, pois feito de objetos científicos, mercadorias, atores fracos e sujeitos automáticos. A aposta heideggeriana contra o domínio da tecnologia

justifica-se neste ponto: esgotado o domínio do ente, daquilo que apenas está sendo, acabada a pretensão de uma metafísica, de novo o pensamento será possível. O que quer dizer que a confusão de ser e ente será dirimida neste pensar poético em que o homem habita. Aposta que imagina uma casa feita de palavras e acontecimentos, despreocupada com recursos de alta tecnologia. A integralidade vista do avesso implica situar o cuidar de si e dos outros, o cuidar daqueles que cuidam etc., necessariamente de outro modo.

### Com Winnicott

Alguns teóricos da psicanálise de crianças descobriram um outro caminho até o coração do cuidar. Esta vertente privilegia o segurar e também o iludir; aliás, privilegia exatamente a dobra que reúne ambos. Sob esta perspectiva, podemos supor que a psicanálise representa o grande bastião desta resistência ao processo selvagem de fetichização do ato e de transformação do cuidar em procedimento-mercadoria (WINNICOTT, 1996a, p. 34; WINNICOTT, 1996b, p. 33; LOPARIC, 1999, p. 10).

A observação da relação mãe-bebê, junto com um campo polêmico das relações de objeto precoces, representou uma relevante matriz de investigação do cuidar. Pode-se talvez objetar que o tema do amor, da ligação ao próximo (*bonding* ou *attachment*) e da transferência foram os verdadeiros alvos da discussão, mas seus desdobramentos podem ser hoje mais bem compreendidos sob a rubrica de cuidados, noção familiar a alguns dos atores incluídos no debate psicanalítico. O cuidar pôde ser incluído no centro de uma discussão acerca da gênese da intersubjetividade, de suas condições de possibilidade e suas ramificações operacionais.

Com Winnicott, a questão do tratamento psicanalítico adquire novos ares. A reflexão sobre o cuidado materno abre caminho para uma fratura no modelo heurístico que consagra a intervenção interpretativa (hermenêutica ou estruturalista) como única responsável pelos efeitos terapêuticos da psicanálise. A prática psicanalítica desde Freud consagra o ato psicanalítico enquanto unidade-base cuja racionalidade se aproxima de uma essência ou fórmula da práxis – a unidade da intervenção e do procedimento, com suas destrezas, seu tempo de aprendizado, suas equivalências de valor. No lugar de uma interpreta-

ção que age irruptivamente distribuída em unidades discretas, Winnicott imagina um processo intensivo e inesgotável, crescendo por justaposição e forjado na continuidade – trata-se do processo de cuidar entendido enquanto intervenção terapêutica soberana.

Uma dicotomia estabelece-se através da etimologia do cuidar e sua ambigüidade: *cure, cure, Kür, cura* – termo que delimita dois pólos, onde cuidado e tratamento ministrado transformam-se metonimicamente em seu efeito, seu resultado, na “implicação de desfecho bem-sucedido”. Porém, o que interessa a Winnicott é delimitar duas formas/attitudes da prática terapêutica consideradas distintas mas compatíveis: o cuidado através de um tratamento (específico, médico, sancionado pela fisiopatologia) e o cuidar-curar (estruturante, maternal, mobilizado na preocupação materna exagerada). Os primeiros seriam quase “exorcistas”, pois operam de modo a “curar erradicando agentes do mal”, enquanto os segundos são comparados a padres (de acordo com a acepção arcaica de cura nas línguas neolatinas), sendo doutores-cuidadores no modelo bucólico do médico de família do interior.

Encontramos em Winnicott uma pletera de argumentos convergindo para o *holding*, entendido como suporte, apoio, garantia subjetivante. O colo e a mão que segura não representam, nem simbolizam, nem tampouco prefiguram o ambiente facilitador onde cresce a dimensão de alteridade, o Outro. O próprio segurar confunde-se com o sujeito, pois é constitutivo do desenvolvimento adaptativo do pequeno sujeito. O *holding* não é ôntico, mas soberanamente ontológico. Nesta mão que segura, reencontramos ecos da mão heideggeriana que é capaz de gesto, aceno fundador de qualquer possibilidade de expressão e, por conseguinte, da estética (HEIDEGGER, 1976, p. 103-106)<sup>1</sup>. Observe-se que o tema da ética fundada na alteridade emerge aqui enquanto potência positiva do falso e dos percursos insondáveis da ilusão, antes de cristalizar-se em sua dimensão de responsabilidade face ao Outro. Para Freud, somos racionalmente éticos apenas porque fomos cuidados por alguém e

podemos compreender plenamente esta tarefa. Winnicott não descarta em Freud a responsabilidade do cuidar, mas valoriza o processo invisível de prescrição de atitudes de onipotência ao bebê durante seu autocuidar-se fictício. Trata-se de uma ajuda que jamais humilha nem tampouco vicia, pois consiste em um apoio que permite andar sozinho. Esta vem a ser uma configuração importante do cuidar no século XX: matriz da relação intersubjetiva e ao mesmo tempo essência da independência que só pode originar-se de uma situação de dependência radical.

Winnicott tem a segurança de indicar sua matriz no interior da constituição subjetiva: “O cuidar-curar é uma extensão do conceito de segurar (*holding*)” (1996b, p. 92) O que significa que o tratamento entendido como um longo processo de cuidar deve ser tomado simplesmente como prolongamento do conter, suportar e sustentar. Aquele que cuida segura pela mão. Sua atuação está ligada ao processo maturacional: “Num contexto profissional [de tratamento psicanalítico], dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; [efetivamente] o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento” (1996b, p. 93). Sob termos como desenvolvimento e amadurecimento, esconde-se aquilo que hoje denominamos normatividade ou resiliência: faculdades de resistir que são cultivadas do mesmo modo que a boa saúde (GREENHALGH, 1999, p. 2; YEO, 2003, p. 21; SANDLER, 2001, p. 16).

O cuidado não é privilégio da mão, da mãe, de um feiticeiro, do médico nem tampouco do psicanalista. Ele não se esgota em seu provedor nem se confunde com seus resultados factuais, pois é absolutamente factício – notória *Genworfenheit* (estar-jogado-no-mundo). A gênese subjetiva, através da ilusão de auto-suficiência do bebê, de que a “mãe suficientemente boa” é responsável, constitui a essência do cuidado. Se com Heidegger (1988, p. 243-300), *Sorge*<sup>2</sup> é pura antecipação, para Winnicott cuidado é um modo peculiar da mãe humana de antecipar subjetividade e assim doar recursos para o processo de subjetivação eminente. Trata-se de

<sup>1</sup> A formulação heideggeriana, plena de conseqüências para um estudo de Winnicott é: “*Gebärde ist ein versammlung eines Tragens*”, que Fédier e Beaufriet traduzem por: “*Geste est recueillement d'un porter*” (*op.cit.*: 104).

<sup>2</sup> Cuidado, pré-ocupação.

interpretar não apenas a necessidade do bebê, mas organizar a qualidade com que esta satisfação da necessidade poderá se dar, delimitando assim um território de privação (objeto-mau) que se articula com o bebê que se torna gente aos poucos. Observe-se que não existe propriamente aqui uma suposição de sujeito (-saber), mas um continente-suporte para acontecimentos subjetivantes. A mãe é meramente uma especialização do meio-ambiente (*environment*), como afirmou nosso psicanalista de crianças.

Este cuidar-curar traduz o mesmo imperativo que havia sido mencionado acima: a dependência do bebê ou do enfermo são provenientes do cuidado. Há uma equação winnicottiana – a posição de dependência desencadeia necessariamente um processo de confiabilidade. Para ele, em alguns momentos a própria transferência poderia resumir-se nos regimes cruzados da confiabilidade. A matriz da confiança é inclusive formulada como “sinal de saúde mental”: habilidade maior ou menor de penetrar nos sentimentos dos outros através da imaginação, permitindo, além disso, sua contrapartida, que seria uma excepcional “capacidade de brincar com identificações cruzadas”. Esta dimensão ética do cuidar foi ainda comparada com a medicina preventiva por Winnicott:

Sugiro que encontremos, no aspecto cuidar-curar de nosso trabalho clínico, um contexto para aplicar os princípios que aprendemos no início de nossas vidas, quando éramos pessoas imaturas e nos foi dado um cuidar-curar satisfatório e [uma] cura, por assim dizer antecipada (**o melhor tipo de medicina preventiva**) por nossas mães “satisfatórias” e nossos pais (WINNICOTT, 1996b, p. 93).

Existe uma articulação entre cuidado terapêutico e cuidado materno. Esta articulação nos coloca próximos de uma pergunta sobre a feminilidade e a questão de gênero. Deste modo, a fórmula: puro feminino = criatividade responde por uma concepção da terapêutica que parece ilustrar a tendência de uma potência curativa da natureza onde não é o médico ou o psicanalista que trata, enquanto agente ou sujeito soberano, mas a própria mãe natureza que reencontra seus descaminhos e veredas (WINNICOTT, 1978, p. 74). O problema da consciência de uma norma que provém do sujeito ou da vida desenvolve-se com a gênese subjetiva dita “transicional”. *Nature and nurture* – Natureza humana e natureza de nossa humanidade provi-

sória desenhando uma concepção de tratamento, que aponta para a ilusão como elemento essencial para a saúde.

O cuidado permite a Winnicott questionar a terapêutica e formular perguntas que antes não seriam possíveis no campo freudiano nem tampouco no campo médico ou de saúde pública. Cuidado e terapêutica não são homólogos. Há, porém, uma relação necessária e enigmática ligando-os. Qual seria a relação mais profunda e radical entre cuidado e terapêutica? Responder implica o reconhecimento desta transposição promovida de modo involuntário, mas autêntico, pela reflexão winnicottiana: saúde e doença, noções comuns, ocupam o lugar de normal e patológico, conceitos científicos. Winnicott, a seu modo, retoma Canguilhem, mesmo sem ter conhecido sua obra.

### Com o doente-criança

Um paralelo vai sendo estabelecido pelos autores do *Middlegroup*: tanto para Michael Bälint como para Winnicott, o doente e a criança encontram-se em posição análoga (BÄLINT, 1984, p. 2). Ambos encontram-se regredidos e fragilizados, ambos estão submetidos às vicissitudes de um estado de necessidade adaptativa premente. Uma criança pode evoluir e desenvolver-se de acordo com suas capacidades individuais ou infra-individuais, assim como respeitando capacidades do grupo, da sociedade e da espécie. O doente, por sua vez, depende de sua capacidade de estabelecer novas normas que sejam sancionadas pela vida, e essas normas dependem da fisiologia, enquanto repertório individual de recursos, assim como da evolução das espécies e de seus recursos genéticos latentes. Ambos colocam-se questões dinâmicas e lidam com tensões cujo rastro é transindividual. Investigações sobre relações de objeto e espaço transicional permitem intervenções hospitalares e uma compreensão ampliada do adoecimento humano, e caberia efetivamente investigar novas tecnologias de ocupação psíquica do espaço hospitalar (BÄLINT, 1984; WINNICOTT, 1996b).

Doentes são potencialmente crianças, isto é, todo doente pode encontrar-se regredido até uma posição infantil – este tipo de formulação reúne a clínica, os doentes e o hospital enquanto encargo reflexivo do psicanalista de crianças. Trata-se de uma considerável mutação no interior do espaço clínico. Desde Freud, a psicanálise

havia saído do consultório munido de divã para um *setting* adaptado ao trabalho com crianças, para partir deste ponto em muitas direções – à instituição de caridade ou correcional, ao domicílio, ao orfanato, ao abrigo de guerra, faltando chegar ao hospital geral e pediátrico. Através desta hipótese de uma perfeita analogia do enfermo com a criança, redesenha-se inclusive a relação da psicanálise com o doente, pois por um lado amplia-se o escopo de intervenção dos psicanalistas e por outro a experiência de doença tende a ser reconhecida e até mesmo reunificada.

A criança doente, reduplicação da dependência, desempenha papel decisivo para o desenvolvimento desse tipo de reflexão. Ela representou um novo problema para a saúde pública do entre-guerras, a ser resolvido com campanhas de vacinação em massa, aprimoramento do *Kindergarten* e assistência especializada a partir do surgimento e difusão dos hospitais pediátricos.<sup>3</sup> A humanização do atendimento e a avaliação de qualidade da assistência têm nisto um precursor. A criança doente constitui um modelo experimental privilegiado, que a prática de Winnicott recolhe, examina, estuda e respeita. Duplamente representativa de uma condição de dependência, ela parece revelar algo do que seria chamado “natureza humana” pelo próprio Winnicott, talvez exatamente porque fique distante do sentido usual de humano ou do paciente-modelo.

### Cuidar de quê?

Perguntei ao meu jovem interlocutor, de 13 anos de idade: Se um cachorro pode cuidar de alguém, cego ou perdido na neve, por exemplo, então um robô também deve poder... Qual a diferença entre eles? Qual aquele que realmente cuida? A resposta foi imediata: a única diferença é que o cachorro baba!

Considero este interlocutor muito autorizado, pois está mais perto que nós de uma experiência de ser cuidado. Tem sua auto-

<sup>3</sup>A história de Peter Pan ficou bastante ligada a este momento em que a criança doente demanda hospitais, intervenções e tecnologias que se voltam para ela e que precisavam se perpetuar a partir de sua fundação. O desenho animado de Walt Disney gerou recursos para a manutenção de um hospital pediátrico durante algumas décadas, anunciando uma época de colaboração dos equipamentos coletivos de saúde com iniciativas midiáticas.

nomia recém-adquirida. Lembra-se bem do que significa ser cuidado. Na outra extremidade do questionamento, evoco uma fotografia de Annie Leibowitz, grande retratista de celebridades intelectuais e artísticas. Trata-se de uma fotógrafa interessante, pois dedicou-se de modo peculiar a colher imagens de sua companheira morrendo de câncer, Susan Sontag, e de seu pai definhando com Alzheimer, um piloto da USAF. Refiro-me, entretanto, a uma outra fotografia: o retrato de R2D2, o robzinho de *Star Wars* dentro de sua caixa de madeira, viajando entre uma locação e outra no deserto da Tunísia.<sup>4</sup> Este estranho retrato de um elemento cênico tenta nos garantir que robôs também são gente (problema antropológico perspectivista). E gente cuida de gente, isto nós sabemos, este permanece nosso ponto de partida.

Reencontramos o velho-novo problema da inteligência artificial (CANGUILHEM, 1993, p. 8). Os robôs não podem sentir, nem pensar, ou quase... O problema da rotina cega e da extrema previsibilidade das máquinas de cuidar, o fato de que serão sempre próteses comandadas pela mão e pelo cérebro humano, verdadeiras quase-máquinas. Neste panorama se configura outra tradicional oposição paradigmática, aquela entre natureza e cultura. Os animais e os humanos não constituem simplesmente dois reinos taxionômicos, mas, ao contrário, desenham a taxionomia junto com a exceção absoluta a esta. Neste sentido, poderíamos retomar a definição de desejo enquanto capacidade de enganar o Outro (Lacan), já retomada de modo cego na máquina de Turing e esboçada com Winnicott. Ser capaz de cuidar aproxima-se de ser capaz de iludir.

Seriam os robôs futuras próteses do médico (telemedicina), ou próteses de cuidadores potenciais? – interrogo. Retorna o problema de reunir tecnologia e cuidado, ou ainda de conceber a tecnologia como um Outro do cuidado. Ou então como seu adversário inevitável. Uma alternativa reside na proposta de construir redes que conectem tecnologia e cuidados: reconhecer a dicotomia e propor misturas no lugar de oposições e reconciliações.

<sup>4</sup> THE OLD RELIABLE R2-D2, *the little droid that always comes through in a pinch, reposes in his shipping crate, March 2002. This particular model's builder keeps a running diary of his creation's landmark moments on the inside of the crate's door. R2's Vanity Fair photo shoot has since been added to the list.*

A grande demanda contemporânea de cuidados concerne à população idosa. O envelhecimento nos provoca este problema (LAWLER, 2005, p. 5; SCHULZ, 2003, p. 17). O perfil demográfico e dados epidemiológicos apontam para um crescimento de problemas relativos à terceira idade e aos problemas do envelhecimento normal e sobretudo patológico. Aqui qualquer noção trivial do que seja cuidar mostra-se apropriada para indicar o tamanho da questão. Quando Nicholas Negroponte reclama na *Wired* que a política de pesquisas em robótica está equivocada ao se voltar para a ocupação do espaço interplanetário, devendo em verdade dedicar-se aos cuidados ministrados aos idosos, trata-se de uma opinião de especialista em informática que repercute no problema do cuidar em saúde. Sua posição se opõe às tendências interessadas em próteses da mão e do cérebro humano que sejam capazes de realizar funções desumanizadas, isto é, que prescindam da influência humana.

O problema de enorme magnitude do idoso com que o país mal começa a se confrontar constitui um fértil modelo para examinar as exigências de cuidado das doenças crônicas e de pacientes FPT. Uma flutuação de políticas de cuidado domiciliar (uma transformação no sentido de *home-care*) tem levado os cuidadores informais/não pagos a substituir cuidadores especializados em países como o Canadá, que passam por uma reforma da rede de *home-care*. A passagem do hospital para a casa está levando a uma sobrecarga das mulheres, com um evidente ônus de gênero e efeitos conhecidos como: sobrecarga dos cuidadores, *burnout* e depressão, aumento da violência e abuso domésticos, valor econômico não-reconhecido, entre outros (GRANT, 2004, p. 3; VIVONA, 2000, p. 18; WUEST, 2001, p. 20). A rede de cuidadores especializados indica fracassos no processo de transformar o cuidar em procedimento específico. O retorno aos cuidadores informais ou não-pagos parece conter velhos e novos problemas insatisfatórios. Nesse panorama, alguns acenam com a robótica ou a telemedicina.

Nos últimos 20 anos, o Brasil parece atravessar um curioso paradoxo: a saúde pública, que deveria planejar tecnocrática e racionalmente (razões de Estado e governamentalidade), preocupa-se e desespera-se com o processo de cuidar que está sendo desfigurado e perdido. A rede privada, consultórios e seguro-saúde,

assumidamente fascinada e dedicada aos fetiches tecnológicos (lógica do lucro), interessada em otimizar resultados, percebe que o cuidado pode ser uma boa embalagem para muitos produtos. Trata-se de um novo quiasma tropical, de uma configuração fora-do-lugar, ou de nova tendência a ser visitada em sua micropolítica? Nossa posição, excêntrica e triangulada em relação ao universo anglo-saxão, pode também constituir uma virtude, sem deixar de representar um atraso tecnológico. Muitas vezes nos colocamos de modo crítico, a contrapelo, o que acaba permitindo uma reflexão privilegiada.

A obstinação em responder ao cuidar nos caracteriza. Não faltam exemplos de iniciativas práticas voltadas para o cuidar, de planejamento e reconfiguração do sistema assistencial, que é apenas parte dos equipamentos coletivos de saúde: PSF, UBS, CAPS, programas de visita domiciliar, humanização da assistência & internação, iniciativas de integralidade ambulatorial, hospital amigo da criança, Projeto Brincar, Biblioteca Viva, Palhaços da Alegria, Doutores da Alegria, Projeto Mãe-Canguru, entre alguns outros. Igualmente, estão em curso estudos, reflexões e práticas que tomam a violência como questão de saúde coletiva. Intervenções são idealizadas e novas percepções sobre nossa identidade pseudo-humanista e judaico-cristã tornam-se possíveis no contexto de nossa sociedade violenta e calada. Neste campo, podem-se mencionar as várias formas de abuso (verbal, físico, sexual) que se organizam em violência sistemática contra o próximo, o vizinho e o Mesmo, antes de incluírem o Outro ou o inimigo. Refiro-me a VPI, ao PTSD, à violência sexual, ao *bullying*, aos menores combatentes urbanos, entre outras mazelas. Considero estas iniciativas em bloco bastante representativas de uma articulação de práticas de cuidado em saúde desenvolvendo-se numa vertente que busca vulnerabilidades e assimetrias, social ou grupalmente determinadas, fora da direção clientelista intersubjetiva usual em que se situa o cuidar. Situam-se igualmente com razoável independência da juridicização e da jurisprudência, usualmente anglo-saxã. Mas esta perspectiva faz surgir nova questão, se qualquer assimetria (vulnerabilidade ou fragilidade) suscita cuidados ou justifica a noção de cuidar.

Romper com a polarização, redes no lugar de valises ou gavetas (AYRES, 2000, p. 8; MERHY, 2000, p. 7). Mitigar a identidade profissional que trabalha no sentido de estabelecer currais de com-

petências e estabelecer corporativismos e reservas de mercado. A discussão sobre o ato médico foi mal encaminhada e empobrecida, pois houve juridicização de problema a ser negociado: mercado e instituição poderiam ter sido compatibilizados. A formação médica deteriora-se com prejuízo para outros padrões de formação. Nenhum dos profissionais de saúde é formado para uma prática coletiva ou pública, nem tampouco para uma prática privada ou empresarial. Ambas são desejáveis e necessárias.

Além de combater a identidade corporativa, que cresce em detrimento de uma noção compartilhada de cuidar, será preciso criar meios para compartilhar resultados. A racionalidade científica (epidemiológica, ou EBM, por exemplo), que nem mesmo é suficientemente praticada, mostra-se insuficiente para assegurar interações e trocas interdisciplinares. O comércio e as vivências profissionais específicas operam como delimitadores de leituras diferenciadas do processo de assistência, nas quais raramente o cuidado se encontra incluído. Alguns se perguntam como seria possível ensinar relação com o outro e intersubjetividade (MANDÚ, 2004, p. 13; LAWTON, 1998, p. 22). Do mesmo modo como se pretende introduzir filosofia e ética no ensino fundamental. Como ensinar aquilo que o exemplo e a sorte ministram insidiosamente? Como distribuir isto que é menos bem partilhado que o senso comum? O respeito pelo outro pode ser ensinado. O cuidar poderia ser cultivado e compartilhado em estabelecimentos dedicados ao ensino, inclusive universidades. Ainda falamos apenas das velhas humanidades, interrogo... Praticar a relação é diferente de vender a relação, que por sua vez são formas de aprendizado espontâneo da relação. Há iniciativas de ensino em saúde voltadas para a relação médico-paciente e para a intersubjetividade psicoterápica. Encontramos em todas uma preocupação com o processo de cuidar do outro.

Mehry atenta para a emergência do cuidado fetichizado dentro da lógica da intervenção em saúde como mercadoria. Pode-se dizer que não difere muito da introdução de um gerenciamento pós-vendas no campo dos cuidados em saúde. A satisfação do cliente não deixa de ser um avanço, mas permenece insuficiente porque ainda se fixa em um processo de controle tecnológico absolutamente descontrolado pelo capital. O cuidado não é meramente resulta-

do, mas também processo. Seu valor é pré, pós, e perfixado, além de poder ser atribuído *a posteriori* como um tampão. Esta dimensão faz dele um campo de indecidibilidade – altamente politizado quando são revelados os micropoderes que operam em seus intestinos.

### Reconfigurando

Resistir ao procedimento médico utilizando o processo de cuidar permite imaginar uma arena de conflagrações em permanente reconfiguração (McALLISTER, 2003, p. 11; McDONALD, 2001, p. 6). Talvez uma etapa preliminar seja a construção de novas imagens do médico, onde caibam novas políticas do cuidar. Quando o cuidado foi pensado em sua autonomia e legitimidade, produziu ideais, modelos ou matrizes puras e *a priori*, todos seminais mas de difícil portabilidade na vida cotidiana. Uma nova configuração do cuidar deve permitir novas imagens dos cuidadores, médicos ou não, humanos ou não, *softs* ou *hards*. O *momentum* desta nova imagem, sua irrevogável saída da inércia constitui-se de pelo menos três instâncias articuladas:

- 1 A mãe como especialização cuidadora do meio-ambiente. Que responde pela natureza do processo de cuidar, já discutida acima com Heidegger, Canguilhem e Winnicott, esta fórmula implica um cuidado que desce do transcendental rumo ao imanente, ao encorpado/incorporado, ao empírico pesado. O médico como especialização do meio-ambiente favorável. O hospital deixa de ser uma máquina de curar para permitir que equipamentos coletivos de saúde sejam máquinas de cuidar.
- 2 Uma noção de equipamentos coletivos de saúde, que podem ser entendidos enquanto máquinas desejantes, a partir de Deleuze & Guattari ou como uma rede do tipo ANT de Callon & Latour. Neste caso, o cuidador e aquele que é cuidado, o cuidar de si ou dos cuidadores, todos esses jogos intersubjetivos são abolidos em nome de uma rede coletiva de atores trans-epistêmicos (ROBERTS, 2005, p. 15). Aqui ferramenta e desejo tentam novos acordos.
- 3 A difusão de modelos holistas complexos como de uma ecologia psíquica em substituição ao pensamento dialético da totalidade simples e ingênua. Que, por sua vez, representa uma tentativa de figurar as relações com aquilo que se situaria fora do sistema se houvesse um exterior.

Exigir saúde pode tornar-se exigir saúde como democracia e cidadania. Contudo, esta exigência deveria fundar-se menos na noção abstrata e normalizadora de equidade e sim em uma noção política de ecologia. Ecologia psíquica, mas igualmente ecologia comunicativa e consensual (Apel, Ayres, Maia). O argumento de Apel sobre o imperativo categórico resume-se em: não destruir o planeta e a vida. A máxima universal de Kant se transforma em máxima planetária, o que lhe concede uma dimensão “ecológica”. Neste sentido, poderíamos imaginar a ética do agir comunicativo engendrando uma planetarização da saúde coletiva. Inverter a lógica dos Estados nacionais e seus sistemas de saúde, *welfare* etc., buscando um consenso quanto a questões generalizadas de saúde coletiva, que não podem ser limitados à política representativa da WHO ou a enfoques especializados em saúde. A saúde enquanto uma agenda comum do cidadão, sujeito, homem, *Dasein* ou equivalente (aquele que pensa planetariamente e age localmente), que destaque o Aids/HIV+e as epidemias como ecologia infecciosa, que pense as ameaças de guerra química ou bacteriológica como questão ética e não militar, que lide com o uso de substâncias psicoativas e o tráfico de drogas enquanto problemas transnacionais de saúde mental. Neste panorama de reivindicação de um direito à saúde, que admite a terapêutica como ética do cuidar, face ao processo de progressiva descaracterização do cuidar, pode-se apostar em uma potência reivindicativa dos cuidadores.

Conceber a intervenção através do cuidado e não tanto do resultado, pois o processo, o meio, equivale ao resultado. Neste sentido, há graus de mistura do procedimento estrito com o puro cuidar, embora as unidades de procedimento médico que reificam o processo terapêutico sejam deletérias ao processo de cuidar; não é possível admitir uma intervenção tecnológica que prescindia completamente da experiência do vivente, sempre normativa e povoada pela linguagem, sempre dependente do cuidado. Este mínimo irreduzível já constitui um máximo, se puder ficar vinculado necessariamente aos procedimentos e aos imperativos da super-especialização médica.

Ora, esta ligação desejável tem sido vista negativamente como um desligamento (perdeu-se a clínica!), como uma fragmentação (perdeu-se a humanização!) ou como uma descaracterização (perdeu-se o fundamento!). Seria igualmente admissível pensarmos que

o cuidado em saúde comparece cada vez com mais força à medida que estes processos avançam. Sua descaracterização seria também um deslocamento e uma reconfiguração. A questão do cuidado torna-se uma questão micropolítica e um aspecto do agir comunicativo (HABERMAS, 1990, p. 26; HABERMAS, 1991, p. 27) com maior relevo à medida que vida e tecnologia se aproximam de modo infinitesimal e que exatamente aí perdemos nossa tão propalada humanidade.

## Referências

- AYRES, J. R. d. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface. Comunic, Saúde, Educ.*, p. 117-120, 2000.
- BÄLINT, M. *O médico, o paciente e a sua enfermidade*. São Paulo: Atheneu, 1984.
- BORNSTEIN, J. Toward an Understanding of Matthew Lipman's Concept of Caring Thinking. *Thinking*, v. 16, n. 3, p. 17-24, 2003.
- CANGUILHEM, G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin, 1994.
- \_\_\_\_\_. Le cerveau et la pensée. In: *Georges Canguilhem*. *Philosophe, historien des sciences*. Paris: Albin Michel, 1993. p. 11-33.
- \_\_\_\_\_. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- DAGOGNET, F. *Georges Canguilhem*. *Philosophe de la vie*. Paris: Laboratoires Delagrangue/Synthélabo, 1997.
- GRANT, K. R.; AMARATUNGA, C. et al. (Ed.). *Caring for=caring about: Women, home care, and unpaid caregiving*. Aurora: Garamond Press, 2004.
- GREENHALGH, J.; MEADOWS, K. The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: a literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 5, n. 4, p. 401-416, 1999.
- HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. Lisboa: Dom Quixote, 1990.
- \_\_\_\_\_. *The structural transformation of the Public Sphere*. An inquiry into a category of bourgeois society. New York: MIT Press, 1991.
- HEIDEGGER, M. *A questão da técnica*. São Paulo: EdUSP, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Acheminement vers la parole*. Paris: Gallimard, 1976.
- \_\_\_\_\_. *Essais et conférences*. Paris: Gallimard, 1958.
- \_\_\_\_\_. *O fim da filosofia e a tarefa do pensamento*. São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção Os Pensadores).
- \_\_\_\_\_. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- HOLLOWAY, A.; WATSON, H. E. (Org.). Role of self-efficacy and behaviour change. *International Journal of Nursing Practice*, n. 8, p. 106-115, 2002.

- HORROCKS, S. Saving Heidegger from Benner and Wrubel. *Nursing Philosophy*, n. 5, p. 175-181, 2004.
- LAWLER, P. A. The Caregiving Society. *The New Atlantis. Journal of Technology & Society*, p. 2-13, 2005.
- LAWTON, J. Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and 'dirty dying'. *Sociology of Health & Illness*, v. 20, n. 2, p. 121-143, 1998.
- LENOIR, T. *Shaping Biomedicine as an Information Science*. Conference on the History and Heritage of Science Information Systems. Information Today, 1998.
- LILLY, M. Caring for=caring about: Women, home care, and unpaid caregiving. Book Review. *Arch Womens Ment Health*, n. 8, p. 113-114, 2005.
- LOPARIC, Z. Heidegger and Winnicott. *Natureza Humana*. Revista internacional de filosofia e práticas psicoterápicas, v. 1, n. 1, p. 103-135, 1999.
- MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na Qualificação do Cuidado em Saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004, v. 12, n. 4, p. 665-75, 2004.
- McALLISTER, M.; WALSCH, K. Care: a framework for mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, n. 10, p. 39-48, 2003.
- McDONALD, C.; McINTYRE, M. Reinstating the marginalized body in nursing science: epistemological privilege and the lived life. *Nursing Philosophy*, n. 2, p. 234-239, 2001.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface. Comunic, Saúde, Educ.*: p. 109-116, 2000.
- NACIONAL, M. H. (Ed.). *A história da Medicina de 1808 em diante*. Catálogo de Exposição. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 2008.
- ROBERTS, M. Time, human being and mental health care: an introduction to Gilles Deleuze. *Nursing Philosophy*, n. 6, p. 161-173, 2005.
- SANDLER, I. Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *Am J Community Psychol*, v. 29, n. 1, p. 19-61, 2001.
- SCHULZ, R.; MENDELSON, A. et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med*, v. 349, n. 20, p. 1.936-42, 2003.
- VIVONA, J. M. Toward autonomous desire - Women's worry as post-oedipal transitional object. *Psychoanalytic Psychology*, v. 17, n. 2, p. 243-263, 2000.
- WINNICOTT, D. W. A cura. In: TRUST, T. W.; PATERSON, M. (Org). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996a. p. 87-93.
- \_\_\_\_\_. O conceito de indivíduo saudável. In: TRUST, T. W.; PATERSON, M. (Org). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996b. p. 17-30.
- \_\_\_\_\_. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, 1978.
- WUEST, J. Precarious ordering: toward a formal theory of women's caring. *Health Care Women Int*, v. 22, n. 1-2, p. 167-93, 2001.
- YEO, M.; SAWYER, S. Strategies to promote better outcomes in young people with chronic illnesses. *Ann Acad Med Singapore*, v. 32, n. 1, p. 36-42, 2003.

## SOBRE OS AUTORES

### ADRIANA ROTOLI

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem/UFRGS, professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai (URI).

### ALDA LACERDA

Pesquisadora e professora na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ; doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: alda@ensp.fiocruz.br

### ANA LUCIA C. HECKERT

Professora adjunta no Departamento de Psicologia/UFES e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/UFES. Doutora em Educação/UFF. Endereço eletrônico: anaheckert@uol.com.br.

### ANA PAULA MACHADO HECKLER

Farmacêutica, especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### CARLA MOURA LIMA

Bolsista PAITEC da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; Mestre em Ensino de Ciências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz / FIOCRUZ. carlamoura@ensp.fiocruz.br

### CARLOS EDUARDO FREIRE ESTELLITA-LINS

Professor doutor, ICICT/Fiocruz. Endereço eletrônico: cefestellita@alternex.com.br.

**DEISE LISBOA RIQUINHO**

Mestranda em Enfermagem pela UFRGS e pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS.

**EDUARDO STOTZ**

Doutor em Saúde Pública; pesquisador na Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz. Endereço eletrônico: eduardostotz@gmail.com.

**ELYSÂNGELA DITZ DUARTE**

Enfermeira no Hospital Sofia Feldman, doutoranda em Ciências da Saúde – área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço eletrônico: ditzduarte@ig.com.br. pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS.

**ERIKA DA SILVA DITZ**

Terapeuta ocupacional no Hospital Sofia Feldman; doutoranda em Ciências da Saúde – área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço eletrônico: erikaditz@hotmail.com. pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS.

**FABIO HEBERT DA SILVA**

Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Endereço eletrônico: fabiohebert@hotmail.com.

**FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES**

Doutora em Antropologia. Professora no Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Endereço eletrônico: fattavares@uol.com.br.

**FELIPE DUTRA ASENSI**

Cientista social formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Advogado formado pela Universidade Federal Fluminense. Pesquisador do LAPPIS e da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Mestrando em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Bolsista Nota 10 da FAPERJ. Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br.

**FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA**

Médico de Família e Comunidade, mestre em Antropologia Social; professor no Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; chefe do Serviço de Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: farsego@hcpa.ufrgs.br.

**INESITA SOARES DE ARAÚJO**

Comunicóloga, pesquisadora na Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde; mestre e doutora em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, membro do GT de Comunicação e Saúde da Abrasco; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: inesita@icict.fiocruz.br.

**ISABEL BRASIL PEREIRA**

Profa- pesquisadora da EPSJV/Fiocruz; Profa Adjunta da Febf/UERJ; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: ibrasil@fiocruz.br.

**JANINE MIRANDA CARDOSO**

Cientista social, tecnologista da Fiocruz/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde; mestre e doutoranda em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro; membro do GT de Comunicação e Saúde da Abrasco; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: janine@icict.fiocruz.br.

**JULIANA LOFEGO**

Jornalista, professora no Departamento de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Acre. Mestre em Ciência da Informação pesquisadora associada do LAPPIS.

**JULIO WONG UN**

Médico; Doutor em Saúde Pública; professor adjunto no Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Comunidade da UFF; Membro da Rede de Educação Popular em Saúde. Endereço eletrônico: wongun62@yahoo.com.br.

**LÉLIA MARIA MADEIRA**

Enfermeira; gerente da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: lelia.bhe@terra.com.br.

**LILIAN KOIFMAN**

Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br.

**MARIA BEATRIZ GUIMARÃES**

Pesquisadora-visitante da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: beatriz.guima@ensp.fiocruz.br.

**MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS**

Professora no Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br.

**OCTAVIO BONET**

Doutor em Antropologia Social. Professor no Departamento de Ciências Sociais e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG); pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: octavio.bonet@gmail.com.

**OSVALDO DE SOUSA LEAL JUNIOR**

Médico; professor do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. Mestre em Medicina e Saúde; pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: ms.osvaldo@uol.com.br.

**PAULO HENRIQUE NOVAES MARTINS DE ALBUQUERQUE**

Sociólogo e professor titular no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco, professor no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, coordenador do Núcleo de Cidadania – NUCEM, pesquisador bolsista do CNPq, pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: pahem@terra.com.br.

**RAFAEL DA SILVEIRA GOMES**

Psicólogo; doutorando em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), pesquisador do LAPPIS; pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: rsgomes33@hotmail.com

**REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES**

Professora assistente na Faculdade de Enfermagem da UERJ, pesquisadora do LAPPIS, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS-UERJ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: rmhenriques@uol.com.br

**RODRIGO SILVEIRA**

Médico de Família e Comunidade; professor no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. Mestre em Medicina e Saúde; pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: ropsilv@uol.com.br

**ROSENI PINHEIRO**

Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta no IMS-UERJ, coordenadora do grupo de pesquisa CNPq LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

**RUBEN ARAUJO DE MATTOS**

Médico, doutor em Saúde Coletiva, professor adjunto no IMS-UERJ, coordenador adjunto do Lappis. Endereço eletrônico: rubenm@uol.com.br.

**TATIANA COELHO LOPES**

Fisioterapeuta no Hospital Sofia Feldman, doutoranda em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; bolsista da FAPERJ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: tatianacoelho@uol.com.br.

**TATIANA ENGEL GERHARDT**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Professora Adjunta de Saúde Coletiva. Doutora em Antropologia Social pela Université de Bordeaux2/França. Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS; pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

**VICTOR VINCENT VALLA**

Pesquisador titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; pesquisador do Grupo de Pesquisa LAPPIS. Endereço eletrônico: victorvalla@ensp.fiocruz.br.

