

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Marchiori Buss

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Maria do Carmo Leal

Editor Executivo

João Carlos Canossa Pereira Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima e Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Gilberto Hochman

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Maria Elizabeth Lopes Moreira

Pedro Lagerblad de Oliveira

Ricardo Lourenço de Oliveira

**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE:
CONCEITOS, DILEMAS E PRÁTICAS**

SUELY FERREIRA DESLANDES

ORGANIZADORA

1ª reimpressão

COLEÇÃO CRIANÇA, MULHER E SAÚDE

Editores Responsáveis: *Suely Ferreira Deslandes*
Maria Elizabeth Lopes Moreira



COLEÇÃO
CRIANÇA MULHER E SAÚDE

CUIDADO E HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

2

José Ricardo de C. M. Ayres

O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO E OS HORIZONTES NORMATIVOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A humanização da atenção à saúde tem se mostrado um tema de grande interesse e objeto de muitos debates na saúde coletiva brasileira nos últimos anos. O presente ensaio pretende somar nesse debate, trazendo uma perspectiva reflexiva que estrutura em torno da noção de Cuidado¹ uma série de princípios teóricos e práticos julgados relevantes para iluminar alguns dos desafios conceituais e práticos postos pelo ideal da humanização.

Antes, porém, de passarmos à discussão propriamente dita do desafio da humanização, caberá uma delimitação terminológica, visando a diminuir a polissemia que tem cercado a utilização desta expressão. Felizmente há já estudos que realizaram a exploração conceitual desse termo de forma muito competente, aos quais se remete o leitor interessado em maior aprofundamento, como o trabalho de Deslandes (2004). Para as finalidades do presente ensaio, basta-nos definir a humanização da atenção à saúde como "um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum" (Ayres, 2005:550).

Há, nessa definição, elementos a serem considerados com alguma cautela. Em primeiro lugar, cabe situar seu 'horizonte normativo', isto é, a referência ética e moral que a orienta. Destaque-se, nesse sentido, a transformação desse horizonte em relação àquele que orienta nossas concepções mais comuns de atenção à saúde, deslocando-o da referência restrita à normalidade morfofuncional, própria à orientação biomédica das práticas de saúde desde a modernidade (Luz, 2004), em direção à idéia de 'felicidade', o que, sem abrir mão da referência biomédica, articula-a de um modo mais imediato a outras dimensões e necessidades relacionados aos processos de saúde e doença.

Tal deslocamento deve-se à assunção de que não será possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma desconfortável estabilidade acrítica os critérios biomédicos que tomamos para avaliar e validar as ações na saúde. Quando tomamos os conteúdos estritamente tecnocientíficos das práticas de saúde contemporâneas, sabemos que contamos com critérios bastante bem definidos e validados, com alto grau de objetivação e formalização sobre o que devemos fazer e como fazê-lo - quais formas, funções e riscos devemos preservar, favorecer ou controlar no manejo biomédico dos organismos. Mas entende-se aqui que esses critérios, embora relevantes, mostram-se insuficientes. O debate sobre a humanização trata, justamente, de fazer dialogar mais diretamente as preocupações das práticas de saúde desde esse seu núcleo mais instrumental até os conteúdos 'relacionais e formativos' (*Bildung*) (Gadamer, 1996) dessas práticas, sempre presentes de alguma forma, mas relativamente pouco discutidos até tempos recentes.

A humanização, nos termos da definição anteriormente elaborada, aspira a horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceitualização de saúde ao problema tecnocientífico estrito de riscos, disfunções e dismorfias. Mas também quer fugir, de outro lado, a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como vimos acontecer na clássica definição da saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social" difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no final dos anos 70 (Declaração de Alma-Ata, 2001). Sem

desconsiderar a importância política que essa definição teve e continua a ter no cenário da saúde pública mundial, é preciso reconhecer que a concepção de saúde como um 'estado' de coisas, e 'completo', imprime uma tendência naturalizante, uma visão essencialista ao conceito de saúde (Ayres, 2005). Obstaculiza-se, com essa visão, a identificação clara e pragmática dos horizontes normativos dessas práticas, já que estes, como quaisquer horizontes, devem mover-se continuamente, conforme nos movemos nós próprios, seus sujeitos - não é um estado, portanto, mas um devir. Da mesma forma, a saúde não pode nunca ser uma condição 'completa', pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente - é necessariamente incompleta, portanto, será sempre um 'projeto' em curso.

A noção de "projeto de felicidade" (Ayres, 2001) caracteriza o ideal que temos defendido como horizonte normativo para práticas humanizadas. Ela quer remeter, em primeiro lugar, a experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se almeja alcançar ou manter e que, entendidas como saúde, frequentemente, independem de um 'estado de completo' bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. Ela quer ressaltar essa referência às estreitas e mútuas relações entre experiência vivida, valor e aspirações práticas - implícitas na idéia existencial de 'projeto' (Heidegger, 1995). Em segundo lugar, quer chamar a atenção para o fato de que o 'êxito técnico' que significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais não faz sentido real para as pessoas senão como um 'sucesso prático', isto é, um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de 'felicidade' para as pessoas em seus cotidianos. O êxito técnico só se confunde, e ainda assim parcialmente, com o sucesso prático na perspectiva dos técnicos e dos gestores, mas não dos usuários e comunidades. Por isso sustentamos que a idéia de humanização reclama como horizonte normativo os projetos de felicidade de indivíduos e comunidades, para que o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde possam fugir tanto de um tecnicismo autonomizado, que se esquece das finalidades práticas a que efetivamente devem servir as ações de saúde, como a um humanismo que se descola dos

potenciais tecnicamente abertos às respostas práticas concretamente desejadas por esses indivíduos e comunidades.

É preciso, porém, assumir a noção de "projeto de felicidade" como uma construção de caráter "contrafático" (Habermas, 1990), isto é, como uma idéia ética e moralmente norteadora, mas construída com base na percepção do valor de determinadas concepções ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são sugeridas, porque negadas, por alguma experiência concreta, historicamente dada. Ou seja, assumimos aqui que as aspirações por felicidade são percebidas como tal justamente porque foram vividas como uma possibilidade negada e, assim sendo, mostraram-se necessárias ou desejadas. O que queremos dizer ao afirmar que a noção de projeto de felicidade deve ser sempre entendida como uma construção contrafática é que julgamos que se deve recusar qualquer tentativa de definição *a priori* de seus conteúdos. Isso é fundamental, se queremos evitar qualquer um de dois tipos igualmente indesejáveis de fundamentalismo. O primeiro deles seria o de querer determinar de modo objetivo e universal o que seja a felicidade. Num outro extremo, estaria um idealismo excessivamente abstrato, descolado das experiências vividas, que criticamos na definição da OMS. A felicidade não pode ser vista, enfim, como um bem concreto, uma entidade. Mas ela tampouco deve ser vista como pura utopia. A experiência da felicidade, ou de sua falta, é uma vivência bastante concreta. Mas ela é índice de si mesma, isto é, não se deixa medir por nada fora dela, e ao mesmo tempo está em estreita relação com tudo aquilo pelo qual buscamos dimensioná-la, que nos dá o norte sem ser o norte. A felicidade nunca deixa de fazer notar sua falta e, por sua falta, aquilo que nos falta (Gadamer, 1997a).

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

que importantes tratamentos filosóficos da felicidade mostraram ser a indissociabilidade das idéias de felicidade, racionalidade e vida em sociedade, e isso em pensadores tão diversos, em seus caminhos e conclusões, como Kant e Espinosa. No seu racionalismo da imanência, Espinosa (1632-1677) associa a felicidade a uma experiência amorosa, de pertença produtiva a Deus, ao mundo, ao humano - o que não se confunde com uma experiência mística, mas sim com a 'bem-aventurada' experiência intelectual de viver a potência criadora que se expressa num deliberado auto-refreio das paixões (os maus afetos), decorrente da compreensão do bem comum. "A felicidade não é o prêmio da virtude, mas a própria virtude, e não gozamos dela por refrearmos as paixões, mas ao contrário, gozamos dela por podermos refrear as paixões" (Espinosa, 1991:298). O iluminista Kant (1724-1804), com base na sua razão transcendental, verá na felicidade uma conquista (moral) da razão (prática), uma recompensa por esta conquista, e não uma condição para ela qual uma qualidade imanente da razão: "a disposição moral é a condição que, antes de mais, torna possível a participação na felicidade e não ao contrário, a perspectiva da felicidade que torna possível a disposição moral" (Kant, 1994:645). De qualquer modo, em que pesem as diferenças entre o imanentismo de um e o transcendentalismo de outro, ambos situam a felicidade como um índice racionalmente inteligível de orientação prática a formas de vida que nos satisfazem de uma perspectiva simultânea e indissociavelmente pessoal e social.

Embora não pretendamos levar mais longe aqui esta reflexão filosófica sobre a felicidade, é importante apontar essas referências mútuas. O racional é, entre outras de suas potencialidades, uma forma de regulação das nossas relações intersubjetivas, da nossa vida em sociedade (Habermas, 2004). Ao mesmo tempo, é na felicidade, isto é, no sucesso prático dessa regulação, que a razão obtém a certificação última de a estar promovendo. No mesmo sentido, podemos dizer que a vida em sociedade é que oferece para nós, seres racionais, as referências objetivas pelas quais orientamos nossos projetos de felicidade.

Data importância de entendermos a humanização em sua inexorável politicidade e socialidade e, por conseguinte, em suas importantes

implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a 'pólis'.

Outro aspecto ainda a ser destacado nesse território onde situamos nossa compreensão filosófica sobre o assunto é o caráter contraditoriamente central das tecnociências na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito em relação ao que se quer entender hoje por saúde, e daí o movimento da humanização, é verdade também que são essas mesmas tecnociências que constroem a base substantiva das experiências (fatos) em relação às quais pode ser construído (contrafaticamente) o lugar da saúde nos projetos de felicidade das comunidades e indivíduos. Por isso, se não parecem fecundas as proposições que restringem o caminho para a superação dos limites atuais das práticas de saúde 'exclusivamente' ao desenvolvimento e acesso científico-tecnológico, num messianismo tecnicista insustentável, de nada servirá também migrar para seu oposto, num antitecnicismo igualmente estéril, que ignora que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos e que esta capacidade tecnocientífica distingue ontologicamente o humano, tanto quanto abre para ele renovadas e infinitas possibilidades de relacionar-se com seu mundo (Teixeira, 2003a).

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

Impõe-se, para isso, recorrer a formas de organização da atenção que superem a 'dureza' das ciências e suas transcrições técnicas em arranjos

tecnológicos mais capazes de integrar o poder instrumental daquelas a um sentido mais rico e interativo de definição de necessidades de saúde (Merhy, 2000). É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e consequentemente posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprio às ciências e às técnicas, há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático. A depender do quanto se os considere e aceite no âmago das práticas de saúde, tais interesses estarão instruindo, com maior ou menor liberdade e efetividade, uma contínua e mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, projetos de felicidade e saúde nas (e a partir das) ações de saúde (Ayres, 2004a).

O CUIDADO COMO ARTICULAÇÃO ENTRE ÊXITO TÉCNICO E SUCESSO PRÁTICO

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que queremos nos remeter à questão. Trataremos aqui do Cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente 'uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama'.

Para que possamos aprofundar a reflexão sobre a noção mesma de Cuidado e, desse modo, fortalecemos nossa possibilidade de compreender e debater as implicações práticas deste constructo conceitual para as práticas de saúde, é preciso recuperar uma clássica distinção filosófica entre saberes

de natureza científica e técnica (*epistémé*; *techné*) e o tipo de sabedoria que na filosofia aristotélica se denomina *phrónesis*, qual seja, uma racionalidade voltada para a práxis. Práxis significa "melhor realização da vida (*enérgeia*) do ser vivo, a quem corresponde uma 'vida', uma forma de vida, uma vida que é levada a cabo de uma determinada maneira (*bios*)" (Gadamer, 1983:59). No caso dos seres humanos, dotados de *prohairesis*, que significa capacidade de antecipação e escolha prévia, de escolher e negociar livremente entre diferentes possibilidades de modos de vida no contexto da pólis, a práxis se refere, fundamentalmente, à ética e à política.

A busca sistemática dessa sabedoria prática, Aristóteles denominou 'filosofia prática'. Sobre esse tipo específico de saber, afirma Gadamer (1983:61):

Certamente, a filosofia prática é também 'ciência', isto é, um saber em geral que, enquanto tal, pode ser ensinado; é porém uma ciência sujeita a condições. Exige tanto da parte do que aprende, como da parte do que ensina, a mesma indissolúvel referência à práxis. Neste sentido, se encontra perto do saber especializado da *techné*. Porém, o que a separa fundamentalmente desta é que também se coloca a questão do bem - por exemplo, sobre a melhor forma de vida ou a melhor constituição política - e não apenas, como o faz a *techné*, o domínio de uma habilidade cuja tarefa lhe está imposta por outra instância: pela finalidade que deve cumprir aquilo que se vai fabricar.

Nesse sentido, a filosofia prática "não é nem ciência teórica, ao estilo da matemática, nem conhecimento especializado, no sentido de domínio aprendido de processos de trabalho, quer dizer, *poiésis*', mas uma ciência de um tipo particular. Ela mesma tem que surgir da práxis e se voltar novamente para a práxis" (Gadamer, 1983:60).

Entendemos aqui como Cuidado uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados

e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento.

Mas como levar essa atitude filosófica mais geral aos planos mais específicos da organização e efetivação da atenção à saúde? Como pensar modelos de atenção à saúde à luz do deslocamento normativo implicado na noção de Cuidado? Uma hermenêutica do Cuidado, desde suas raízes ontológico-existenciais, elucidadas por Heidegger (1995) na sua obra *Ser e Tempo*, passando por outros constructos conceituais, de corte socioantropológico e histórico, poderá nos ajudar a delimitar uma compreensão do Cuidado na esfera específica da saúde.

Como se sabe, Heidegger (1995) desenvolveu a hipótese de que a atitude, a condição e a ação de "estar cuidando" são as que melhor nos permitem compreender o sentido de nossa existência como seres humanos. É o cuidar que revela, simultaneamente, o mundo em que (já sempre) se está vivendo, o mundo que (sempre) a partir deste em que se está lançado e como modo de significá-lo e transformá-lo) se antecipa, se escolhe e se negocia como futuro desejado, e os sujeitos que antecipam, escolhem e negociam esse mundo que compartilham e projetam. Nesse sentido filosófico-existencial, o cuidado em Heidegger (1995) é entendido como o elemento existencial que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea da condição humana. Sem ter a pretensão de um exaustivo e rigoroso tratamento filosófico da questão, vamos começar por Heidegger nossa hermenêutica do Cuidado, examinando o modo como o cuidado no sentido heideggeriano elucidada o que se entende aqui por Cuidado em saúde (Ayres, 2004a).

O CUIDADO DESDE UMA ONTOLOGIA EXISTENCIAL

Segundo Heidegger (1995), é na condição de um cuidar-se, um "tratar de ser" - que é, de um lado, um ato individual e individualizador, mas, de outro lado, também uma relação necessária com o outro, com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e cada um - que se torna possível compreender a existência humana.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (1995) se vale de uma antiga fábula de Hígino para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana. O *Dasein*, ou "ser-aí", construção com a qual caracteriza a existência humana, é um "estar lançado" num mundo que, por sua vez, só é percebido como tal na (e por meio da) atividade "projetiva" dos humanos (*ek-stase*, isto é, a tripartição temporal da consciência do ser em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto de futuro em curso. Nessa dialética de presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa atividade sempre em curso, estruturada como linguagem e tendo como 'artífice' o cuidado (*Sorge*). Em sua incessante atividade, o cuidado molda, a partir do mundo e para esse mundo, as diversas formas particulares da existência (Heidegger, 1995).

Nada melhor, então, para nos reportarmos à complexa construção heideggeriana, do que recorreremos, também nós, ao poder expressivo da alegoria de Hígino:

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

querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: "Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, debes receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, debes receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver".² (Heidegger, 1995:263-264)

Há diversas e riquíssimas aproximações hermenêuticas a essa alegoria, tal como feito por Heidegger e por seus inúmeros comentaristas e prosseguidores. Não é nossa intenção inventariar todas elas, mas será importante destacar alguns aspectos relevantes para a discussão que faremos acerca do Cuidado no âmbito específico da saúde (Ayres, 2004a):

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

Interação - A alegoria é permeada de interações. São as interações que constroem a sua trama. Interação do cuidado com a argila, transformando-a em criatura; do cuidado e sua criatura com Júpiter, o que transforma a criatura num ser vivente e, no mesmo ato, faz de cuidado e Júpiter contendedores; interação da terra com os três, aumentando a contenda e tornando mais complexa a nomeação do ser vivente; finalmente Saturno, o senhor do tempo, interagindo com todos e determinando o lugar de cada um.

Identidade e alteridade - Um aspecto muito relevante das diferentes interações é que as identidades existenciais são estabelecidas no ato mesmo

das interações. O cuidado se faz artesão em presença da argila e a argila só tem sua plasticidade atualizada por força do cuidado. Do encontro do artesão com a argila surge a criatura que, sendo produto da existência do artesão e da argila, não é mais nem um nem outro. Quando a criatura-forma ganha existência, coloca-se o problema da falta do espírito, que acaba por resolver-se com Júpiter, que se faz origem do espírito vivente, fazendo da criatura um ser vivente e da terra a origem do corpo de um ser vivente. A identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa.

Plasticidade - Na base de todo o movimento e de todas as identidades e alteridades por ele criadas, encontramos na alegoria a plasticidade da argila. Não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. Não haveria, porque não se teria concebido e criado o ser vivente, mas também porque não haveria a possibilidade de sua dissolução, de sua finitude e, portanto, não haveria a necessidade de ser cuidado. O cuidado tem a 'posse' do ser vivente porquanto e enquanto o mantenha vivo, porquanto e enquanto sustente sua existência contra a dissolução.

Projeto - Toda a plasticidade da argila, por sua vez, não poderia ter posto a trama da alegoria em movimento, ter realizado seu papel de efetivar interações e identidades, se não fosse o potencial criador, a capacidade de conceber e construir projetos própria ao cuidado. É porque antevê na plasticidade experimentada na argila a possibilidade de lhe dar a forma humana, e porque interage com a argila na medida capaz de conferir à sua plasticidade a forma antevista, que o cuidado gera o ser vivente. Daí Heidegger (1995) sustentar que o Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o 'curador' do projeto.

Desejo - Não se pode perder de vista, ainda, um outro elemento fundamental na tessitura da trama da alegoria, que é o fato de que nenhum dos personagens age de forma completamente determinada. Cuidado 'cogita' dar forma à argila que encontra, e cria uma forma. 'Refletindo' sobre sua criação 'resolve' dar-lhe espírito. Júpiter é 'convidado' a soprar o espírito.

A Júpiter 'agrada' essa idéia, e o faz. Cuidado 'quis' nomear a criatura, Júpiter 'proibiu' e 'exigiu' dar o seu nome, a mesma coisa 'quis' a terra. Ou seja, é do encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivente. É de um imponderável cogitar que surge o projeto, e é da realização do projeto que nasce a resolução de soprar o espírito. Por fim, a intenção de nomear a existência, de tomá-la para si, emerge como pura expressão de um livre e imponderável desejo de manifestação, de presença. Desejo de presença que a alegoria mostra fluir das dimensões corpóreas e espirituais de nossa existência, tanto quanto de nossa aspiração de dar um sentido existencial a ambas, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro.

Temporalidade - É Saturno, senhor do tempo, que arbitra tais aspirações materiais e espirituais, confiando à habilidade artesã de um projeto de vida a tarefa de gerir a presença de cada uma no devir da existência. O Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência.

Não-causalidade - Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas é ele que fornece ao tempo o conteúdo de seu devir. Essas delicadas dialéticas emergem da alegoria do cuidado como uma indicação de que não podemos explicar a existência nos termos de causa e efeito com que aprendemos, a nos apropriar racionalmente de certas dimensões dessa existência. Não é possível produzirmos uma externalidade tal que nos permita estabelecer qualquer um dos personagens da alegoria como condição necessária e suficiente para a existência do outro, como não é possível sequer pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença de seu outro. Também não é possível pensar o que antecede e o que sucede, já que a temporalidade só se manifesta como tal a partir da coexistência de todos. Assim, o cuidado exige ser

pensado como "compossibilidade", só podendo ser compreendido como um "círculo hermenêutico" (Gadamer, 1996), no qual cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediata e radicalmente dependente de cada uma de suas partes.

Responsabilidade - Mas esse 'sem começo nem fim', que caracteriza o círculo hermenêutico, não levaria a um total relativismo? Esse relativismo não é conflitante com a idéia de uma ontologia, isto é, não seríamos nós conduzidos por essa visão circular até um completo indeterminismo e agnosticismo acerca do Ser? E se é assim, como encontrar numa alegoria - uma narrativa, composta de uma trama, com começo, meio e fim - recurso tão feliz para a compreensão da existência? No âmbito da filosofia, esse aparente paradoxo de Heidegger significa, na verdade, talvez o mais relevante giro paradigmático contemporâneo - a ponto de Stein (2002) afirmar que o século XIX filosófico só termina em 1927, com a publicação de *Ser e Tempo*. A grande novidade desse giro foi a superação da dicotomia entre transcendência e imanência, entre fundacionalismo e relativismo, entre sujeito e objeto. Heidegger mostra com *Ser e Tempo* que a relação, já dada e inseparável, de homem e mundo torna coincidentes a indagação acerca da existência (ontologia) e do conhecimento (epistemologia). O conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo. A transcendência é, portanto, um plano de imanência, desde o qual o humano se constrói conhecendo(-se). É, portanto, sem sentido a busca *ad infinitum* do fundamento último do conhecimento do Ser, já que é na circularidade hermenêutica que mais fecundamente o Ser pode vir a conhecer-se. E Heidegger (1995) propõe o cuidado como a categoria que mais expressivamente consegue nos colocar em sintonia com esse plano de imanência, sem começo nem fim, no qual o ser do humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si. Ora, nesse sentido a existência tem, sim, um sentido, embora não como trajeto linear; tem uma causalção, mas não no sentido causalista de uma cadeia na qual um antecedente determina um sucesso, que é um evento distinto do seu antecedente. Podemos entender tanto o sentido como a causalção na ontologia existencial como o 'tomar-se para si' do *Dasein*, que não é outra

coisa além do sentido mais radical da idéia de 'responsabilizar-se'. A responsabilidade tem aqui o duplo e, de novo, inseparável sentido de 'responder por si e responder para si' (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar 'porque' se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura 'porquanto e enquanto se responsabilizar' por sua existência.

Apesar do excessivo grau de abstração desse plano de conceitualização ontológico-existencial do cuidado, toda a discussão que se pretende fazer adiante acerca do Cuidado em saúde assenta-se sobre essas bases. O que se quer propor resulta intrinsecamente da aceitação ao convite à ontologia existencial, da afiniação com o giro paradigmático aí efetuado.

O CUIDADO E A CRÍTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme nos demonstrou Foucault (1984), a medicina nas sociedades capitalistas tornou-se uma medicina social, isto é, sob o capitalismo estendeu-se a esfera de cognição e intervenção normativa dos saberes e fazeres da saúde do plano da individualidade e da natureza - até onde esteve restrita antes da modernidade - ao campo das relações sociais propriamente entendidas como tal. Esse processo não afetou, contudo, a esfera da individualidade orgânica como plano privilegiado da intervenção médica. Com efeito, Foucault mesmo nos mostra que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva. Quando pensamos especificamente nas tecnologias mais imediatamente aplicadas aos coletivos humanos, organizados em torno da higiene, vemos o mesmo se repetir. Ainda que tenham experimentado um momento mais caracteristicamente coletivo, público e politicamente consensual de conhecimento e intervenção normativa na saúde, a higiene pública e a higiene social cederam rapidamente lugar, já a partir da segunda metade do século XIX, a uma higiene apoiada na tradução cientificista e individualmente centrada das tecnologias de cuidado em saúde (Ayres, 2002a). Ao longo do século XX a racionalidade que orientou o horizonte normativo da saúde pública passou

mais e mais a buscar uma racionalidade estritamente científica e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se também progressivamente para uma gestão individual dos 'riscos' à integridade e ao desempenho funcional do corpo (Ayres, 2002b).

Foge aos objetivos deste ensaio, no entanto, uma maior fundamentação dessa tese da persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde. O que nos importa aqui é reter tal tese como o pano de fundo de recentes problematizações desse cuidado no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais, em meio às quais se inserem as nossas próprias. Tais problematizações consistem de um variado conjunto de reflexões críticas sobre as tecnologias da saúde que, de diferentes perspectivas, tratam da organização de ações e serviços, da formulação de políticas, das relações médico-paciente, das relações serviços-população, das relações entre os diversos profissionais nas equipas de saúde, entre outros aspectos (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000; Pinheiro & Mattos, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003). Entre essas diversas possibilidades de aproximação crítica, vamos nos deter especificamente nas 'tecnologias de assistência à saúde', aspecto que de certa maneira atravessa todos os outros, mas que, sem dúvida, diz respeito mais imediatamente ao encontro terapêutico propriamente dito.

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

limites, passou a ser comum a referência a uma crise da medicina, crise que, no campo em que situamos esta reflexão, identifica-se fundamentalmente como o que Schraiber (1997a) caracterizou como uma "crise de confiança", referindo-se ao fato de que o paroxístico progresso tecnológico da medicina acarretou profunda insegurança quanto à adequação técnica e correção moral do que está sendo feito nas práticas terapêuticas, por todas as razões aqui listadas. Assim, destaca-se, entre outros problemas, a progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites.

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

Embora se aproxime de aspectos fulcrais do problema, essa forma de colocar a questão não parece satisfatória. Isso porque, em nossos dias, falar da arte ou falar da tecnociência da medicina, ou da saúde de modo geral, é quase a mesma coisa. Não há, no âmbito da herança cultural em que nos movemos, arte sem tecnociência nas ações de assistência à saúde. A tecnociência incorpora a arte, molda essa arte, expressa essa arte. A arte, por sua vez, reclama a tecnociência, alimenta-se dela, transfigura-se nela. Quando um profissional da saúde introduz entre seus procedimentos propedêuticos as evidências produzidas por uma Medicina Baseada em Evidências, ele está sacrificando a arte à tecnociência ou está produzindo arte médica como tecnociência? Quando as ciências e tecnologias médicas tornam-se mais e mais diversificadas e especializadas, estão elas procurando uma condição de pureza e autonomia científicas ou estão respondendo à diversificação de juízos requeridos para a tomada de decisões na assistência? Pensamos poder assumir como verdadeira a segunda posição em ambos os casos. Não parece, por isso, interessante polarizar 'arte x ciência'. Devemos, isto sim, problematizar de forma indissociável o par 'arte-tecnociência'. Ou seja, o que devemos examinar é o significado desse lugar destacado e

determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência. O que é essa arte tecnocientífica? O que são essas ciências completamente dependentes da arte de assistir à saúde? Por que a tecnociência da assistência à saúde tem sido acusada de irracional, desumana, onipotente?

Temos uma proposição hipotética a respeito dessa última indagação, que pode ser formulada como a afirmação de que a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorre do 'progressivo afastamento da arte tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido'. Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam. Narcísica, a tecnociência encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra *ad infinitum*, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e mostrando à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos. O conflito entre esses dois pólos não passa, portanto, de um artifício de imagem: o que parece uma negação de um ao outro não é mais que a busca do melhor ângulo para o mesmo reflexo. Uma mesma imagem busca incessantemente a si mesma, como dois espelhos antepostos. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: 'poder de quem, poder por quê, poder para quê?'

Conforme nos mostrou Heidegger (1995), o querer, o julgar, o conhecer e o fazer são diferentes expressões de um mesmo "ser-á". A compreensão sobre quem tem poder de fazer o que e por que é, portanto, fundamental para as relações entre as tecnociências da saúde e a vida da qual estas tecnociências fazem parte. Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; ao limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para avaliar o sentido das práticas; ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e suas práticas (a práxis do

cuidado), a atenção à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas, mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade.

Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais da saúde aplicam esses saberes e instrumentos, e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas que nos são dirigidas, do tipo: 'O que é bom pra mim?', 'Como devo ser?', 'Como pode ser a vida?' (Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber, 1997b).

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

Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo ou comunidade é, de fato, potencial 'objeto de conhecimento e intervenção'. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo ou comunidade a palavra última sobre suas necessidades. Encontrando suas ressonâncias profundas nas suas dimensões ontológico-existenciais, é preciso que o Cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Como vimos, para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Então, é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência'. Como aparecem ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos?

O CUIDADO E AS PERSPECTIVAS DE HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Ao buscarmos responder a tais questões, passamos de uma perspectiva crítica, desconstrutiva, da noção de Cuidado a uma perspectiva reconstrutiva. Ao atribuímos ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, queremos nos referir à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva aqui realizada, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre êxito técnico e sucesso prático no cotidiano da atenção à saúde, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre as tecnociências da saúde e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz (Ayres, 2004b).

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação 'dessubjetivadora', quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo 'objeto

de intervenção' que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Como já dissemos, o Cuidado quer pôr em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoria* nem a *poiesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a *praxis*, ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é um tipo de saber que não cria apenas objetos, mas constitui sujeitos e objetos no e para seu mundo (Gadamer, 1996).

Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de 'ser-no-mundo'. Utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de juízos práticos.

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

(profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, dismorfias, disfunções, sofrimentos etc.).

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

O acolhimento não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas especialmente com o tipo de escuta que se oferece, a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade, a escuta será mesmo orientada para a obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial dos sujeitos a que se destina a atenção à saúde serão considerados apenas elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruidos. Quando, no entanto, se amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial, a escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra. Em uma consulta, por exemplo, em uma escuta atenta, mas orientada em sentido puramente instrumental, podem surgir elementos do paciente traduzidos como não compreensão de uma orientação preventiva, não adesão a um tratamento, descuido com a própria saúde. Na escuta do

um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente.

Esse encontro terapêutico de outra qualidade, mais 'humanizado', certamente apresenta características técnicas diversas. Assim que se assenta em novas bases a atenção à saúde, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir (tecnicamente) que se possa alcançar e repetir sucessos práticos que a justificam. Fica claro, portanto, que êxito técnico e sucesso prático são mutuamente referentes (Ayres, 2001). O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente 'a permeabilidade do técnico ao não técnico', a mútua fecundação entre essas dimensões interligadas é que torna possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade nas ações de saúde. Por isso defende-se aqui que humanizar, além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Vamos sintetizar, a seguir, três aspectos práticos nos quais os princípios hermenêuticos aqui arrolados manifestam-se como exigências de transformação das ações de saúde na direção da humanização (Ayres, 2004b).

ABRIR ESPAÇO PARA O DIÁLOGO

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilégio da 'dimensão dialógica' do encontro entre usuários e profissionais. Isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do Cuidado não um sujeito

mesmo paciente em uma abordagem que não tenha o êxito técnico como horizonte estrito do diálogo, os mesmos elementos podem aparecer como conflito de valores na adoção de uma orientação recomendada, obstáculos práticos à observância da prescrição de medicamentos, desinteresse no convite ao autocuidado oferecido pelo profissional, ou simplesmente desencontro entre o que se está procurando naquele espaço de atenção e o que está sendo oferecido. Em outras palavras, quando se trata de buscar o sucesso prático de uma ação de saúde, não nos basta ouvir os beneficiários, por mais atenta e paciente que seja essa escuta, se o objetivo for apenas contornar o 'ruído' que pode interferir nos processos de diagnóstico de situação e execução de uma intervenção. Qualquer resposta a esse tipo de escuta girará sempre em torno do mesmo eixo, otimizando, na melhor das hipóteses, o monólogo técnico. Quando se admite reconstruir esse eixo, abrindo-se de fato a um diálogo, no qual a fala do outro não é qualificada a partir de uma mesma referência, mas introduz novas referências que redimensionam o que é preciso fazer, então novos objetos podem surgir, ou novos aspectos do mesmo objeto, pela presença do outro sujeito.

ASSUMIR E COMPARTILHAR RESPONSABILIDADES

Mas não é apenas a criação de dispositivos para essa escuta na organização da atenção, descrita como acolhimento, que é relevante para a efetivação do Cuidado e do seu sucesso prático. Há que se atentar para o relevante significado da 'decisão' de escutar.

Diante de quaisquer circunstâncias, tomar uma decisão é, como sugere a ontologia existencial heideggeriana, agir "em-função-de" (Heidegger, 1995), é tender a uma posição amplamente determinada por uma situação que precede o momento da decisão, mas que se reestrutura para e pelo sujeito da decisão a partir do momento em que, junto ao outro, este sujeito atualiza seu projeto existencial na decisão tomada. Decidir é deliberar, tanto quanto determinar (Ferreira, 1986), ao mesmo tempo que remete a cortar - do latim *caedere* (Cunha, 1982) Há, portanto, já presente na decisão aquilo que esta possibilita acontecer, mas que se reestrutura em nova

totalidade existencial quando se rompe com algo, quando se corta e abandona algo em favor de outro poder-ser. Esse tomar para si o próprio ser, 'abandonando-se' a uma possibilidade suscitada por e diante de um outro, remete a um aspecto que assume lugar destacado no Cuidado, como atividade da saúde: responsabilidade.

O que permite compreender uma decisão de dialogar com o outro é a responsabilidade que assumem, um diante do outro, os participantes de um diálogo, no sentido de responder moralmente por algo. É o assumir radical das responsabilidades de um cuidador que lhe permite ir além do estar fazendo 'corretamente' a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho. É também porque se responsabiliza por uma relação de Cuidado que um usuário ou uma comunidade se propõem a investir energias na reconstrução de uma velha (e segura) relação. Essa ativa vinculação moral resulta em tornar-se, cada um, o garante de efeitos voluntários e involuntários de suas ações. Esse movimento será mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde dessa garantia: 'responsabilizar-se implica tornar-se caução de suas próprias ações'.

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

RECONSTRUIR IDENTIDADES

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro implica, por sua vez, questões de identidade. Essa conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto

se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

A construção de identidades é um tema difícil e complexo, que não cabe aqui tratar em profundidade. Não obstante, também é impossível refletir sobre a questão do Cuidado e da humanização sem passar por esse aspecto, pois no momento em que se age 'em-função-de' algo, tornando-se, portanto, caução para esse algo, está-se imediatamente dizendo quem se é ou se busca ser. Voltando mais atrás no desenvolvimento da reflexão, a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida traz para o espaço do encontro terapêutico um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários.

Embora, insista-se, não seja propósito aqui teorizar sobre processos de construção identitária, é necessário ressaltar que uma afirmação como a que se fez anteriormente só é possível quando se toma como fundamento a "ipseidade" ou "identidade-ipse" (Ricoeur, 1991), isto é, a compreensão da identidade como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada pelo encontro com a alteridade. Tal concepção contrapõe-se à visão mais tradicional, que Ricoeur chama de identidade-ídem, que designa mesmidade, aquilo que é idêntico a si e imutável através do tempo. Em outros termos, comunga-se a compreensão de que o ser mais próprio de cada um não é sempre o mesmo, mas 'pelo mesmo'. É no cotidiano das interações que cada um vai se 're-apropriando' do seu próprio ser, que, como nos mostrou Heidegger (1995), é sempre já "ser com". Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida, essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção de si e do outro.

São muitas as implicações desses processos para o repensar e reconstruir das práticas de saúde (Ayres, 2001), já desde o fato de que não é possível encarmos qualquer relação terapêutica como algo que está começando exatamente ali no momento do primeiro encontro. O profissional que surge diante de um usuário ou de uma comunidade é já

carregado dos significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação com o modo como estes se identificam como paciente ou 'população-alvo'. Da mesma forma que os profissionais também se compreendem como tal na presença desse outro que ele espera encontrar. Portanto, quando se estabelece uma interação na atenção à saúde não se a inicia; rigorosamente, se a 'retoma'. Ora, é fundamental ter isso em vista quando se busca fazer dessa interação um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura tecnicidade, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização dos horizontes normativos das práticas de saúde, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidades-alteridades que já medeiam e subsidiavam os encontros.

Esse processo, claro, não é simples. Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático, para uma discursividade mais livre, isto é, uma discursividade na qual o diálogo busque renunciar ativamente a deixar-se guiar como uma anamnese, em sentido estrito. Tal procedimento evita a tendência monológica, na qual a fala dos pacientes ou dos membros de uma comunidade restringe-se a ser quase exclusivamente (porque nunca o será integralmente) uma extensão, uma complementação do discurso do profissional, apenas preenchendo os elementos que lhe faltam para trilhar um percurso cujo domínio lhe pertence inteiramente. Com isso, surgem possibilidades mais ricas não apenas de se tornar mais claro - para os dois lados da relação - o sentido do Cuidado que busca atualizar-se naquele encontro, seu significado existencial, como também de trazer elementos capazes de tornar mais precisos os recortes objetivos (sistemas morfofuncionais, riscos, determinantes) que porventura se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado. Poder ser um outro, poder reinventar o que se faz num determinado espaço de atenção à saúde: eis um saudável exercício para o surgimento de novos objetos, novas possibilidades técnicas e novos sucessos práticos a serem tentados.

Mas não é apenas nessa dimensão 'diagnóstica' que se pode ativamente reconstruir identidades. Caberia ainda destacar o enriquecimento também das possibilidades de prevenção e assistência, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações já conhecidas. Assim, compor 'diagnósticos' e 'terapêuticas' com proposições práticas que os articulem a ações de outra natureza ou propósito é também uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais. Aliás, essa heterodoxia pode começar já no âmbito da própria terapêutica médica. O uso de parâmetros diagnósticos, drogas, doses e combinações pode seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados com base em médias (como doses farmacologicamente ativas, efeitos benéficos ou adversos efetivamente produzidos, interações medicamentosas, expressão laboratorial de constantes fisiológicas ou padrões morfológicos etc.). Essa singularização da abordagem diagnóstica e terapêutica, de resto já celebrizada na máxima clínica de que "cada caso é um caso", tem sido frequentemente esquecida, levando-se à indistinção entre 'caso' como situação particular de certo(s) universal(is) de origem científica e o 'caso' no sentido de situação singular de um paciente (Gadamer, 1997b). Não podemos nos esquecer de que cada usuário de um serviço de saúde será um 'caso' no sentido de expressar determinada situação particular por referência a um certo aspecto universalmente verificável, caracterizando sua 'condição clínica' particular (seu caso de saúde). Mas será também um caso em outro sentido, no qual o adoecimento assume 'contornos singulares em uma biografia ou história' (o caso da sua saúde).

Paradigmática, nesse sentido, é a situação da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE é um recurso contemporâneo de grandes potenciais e riscos, simultaneamente. Se com ela for mais fácil ver, com o auxílio de uma experiência médica ampliada e organizada cientificamente, modos de melhor manejar a singularidade do adoecimento daquele ou daqueles de quem cuidamos, então ela estará efetivamente contribuindo na direção racionalizadora e humanizadora de sua proposição inicial (Sackett et al., 1997). Mas se for o inverso a ocorrer, isto é, se as evidências acumuladas

levam a uma correspondência mecânica entre o caso em questão e a média dos casos estudados pela comunidade científica, então estaremos condenando o manejo técnico de uma situação de saúde a um cientificismo bastante problemático, recentemente condenado pelos próprios mentores da proposta da MBE (Castiel & Póvoa, 2001).

Outras heterodoxias devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele. Apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, tudo isso pensado tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de possibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde. É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc.), e na interação entre horizontes normativos diversos, como exemplificado pelos importantes avanços realizados nos diálogos entre saúde e direitos humanos (França Jr. & Ayres, 2003). De qualquer maneira, mesmo que tais investimentos se mostrem ainda incipientes, o que cada profissional da saúde conseguir fecundar seu pensar e fazer com interdisciplinaridade, intersetorialidade e 'internormatividade' certamente já o colocará em melhor posição para a heterodoxia proposta.

CUIDADO E HUMANIZAÇÃO COMO VALORES SOCIAIS

Não seria possível concluir sem reforçar um aspecto da maior importância, já mencionado aqui, frequentemente negligenciado quando se trata de pensar o Cuidado. Trata-se da aplicação deste conceito a coletivos humanos, de um lado, e, de outro lado, da dimensão social do adoecimento e da construção de respostas a tais processos.

Quase sempre que se fala de Cuidado e humanização, faz-se referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o usuário, e o profissional da saúde que o atende. Contudo, retomando-se a definição aqui adotada acerca de humanização, no sentido de seu 'compromisso com valores contrafáticos validados como bem comum', fica evidente a inseparabilidade entre este plano individual e o plano social e coletivo.

Em primeiro lugar porque a idéia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Em segundo lugar, porque a própria construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do cuidar, se faz, como já dito aqui, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer. Em terceiro lugar, e o que interessa especialmente destacar, é que não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los.

Desde a aurora da modernidade emergiu, junto com uma consciência histórica da existência humana, a consciência de que o adoecer é também histórica e socialmente configurado; de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres se relacionarem entre si e com seu meio (Rosen, 1994). Por isso não faz sentido pensar os valores contrafáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência. Os 'fatos' em função dos quais esses valores são construídos só podem ser compreendidos em sua relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais. As respostas técnicas e políticas ao adoecimento também são o resultado desses mesmos contextos, reclamando o mesmo tipo de compreensão. A distribuição dos

recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação a partir deles ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida, tanto quanto a própria concepção e operação desses recursos são igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos.

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente interpostos a projetos de felicidade humana. No mesmo movimento, é preciso refletir também sobre as raízes e significados sociais das tecnologias e serviços disponíveis para responder aos adoecimentos. Assim, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte socio-sanitário (Ayres et al., 2003; Campos, 2004; Paim, 2003). Seja pensando em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou situação de grupos populacionais específicos, seja enfocando a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias num sentido mais geral, uma abordagem socio-sanitária guarda estreita relação com as perspectivas reconstrutivas do Cuidado, e em dupla direção.

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

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

NOTAS

- 1 Para diferenciar o uso deste termo nesta perspectiva reconstrutiva, isto é, de um "ideal regulador" (Habermas, 1990), o grafaremos sempre com inicial maiúscula.
- 2 Na tradução brasileira da Editora Vozes o termo *Sorge* é traduzido como Cura, sinônimo de Cuidado. Evitamos usar aqui esse termo para não gerar confusão com curar no sentido médico de eliminar a doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002a.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14):73-91, 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3):16-29, 2004b.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):549-554, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Páidéia*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- CASTIEL, L. D. & PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & "Mr. Sackett"...: encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1):205-214, 2001.
- CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata/URSS, 6-12 setembro de 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.
- ESPINOSA, B. Ética-V: da potência, da inteligência ou da liberdade humana. In: ESPINOSA, B. *Pensamentos Metafísicos: tratado da correção do intelecto* - Ética. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os pensadores)
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FRANÇA JR., I. & AYRES, J. R. C. M. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola, 2003.
- GADAMER, H. G. Hermenêutica como filosofia prática. In: GADAMER, H. G. *A Razão na Época da Ciência*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.
- GADAMER, H. G. *Verdad y Método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. I. Salamanca: Sígueme, 1996.
- GADAMER, H. G. Experiência e objetivização do corpo. In: GADAMER, H. G. *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997a.

- GADAMER, H. G. Filosofia e medicina prática. In: GADAMER, H. G. O *Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997b.
- GRONDIN, J. *Introdução à Hermenêutica Filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.
- HABERMAS, J. *Pensamento Pós-Metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- HABERMAS, J. *Verdade e Justificação: ensaios filosóficos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- KANT, E. *Crítica da Razão Pura*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1994.
- LIUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 6:109-106, 2000.
- PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.
- RICOEUR, P. *O Si Mesmo como Um Outro*. Campinas: Papiрус, 1991.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec- Unesp, Abrasco, 1994.
- SACKETT, D. L. et al. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone, 1997.
- SCHRAIBER, L. B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*, 1997a. São Paulo: Tese de Livre-Docência, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1):123-138, 1997b.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E. & CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.
- STEIN, E. *Uma Breve Introdução à Filosofia*. Ijuí: Unijuí, 2002.
- TEIXEIRA, R. R. *Estudo sobre a técnica e a saúde*, 2003a. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- 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: IMS/Uerj, Abrasco, 2003b.