

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

Care, (the) human being and health practices

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Livre-Docente, Professor Associado, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP
E-mail: jrcayres@usp.br

Resumo

As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. Este ensaio de reflexão tem como objetivo examinar, desde uma perspectiva hermenêutica, alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde. O conceito ontológico de Cuidado (Sorge), de Heidegger, em suas relações com os modos de ser (do) humano, é a base da revisão crítica empreendida acerca das características atuais da atenção à saúde. O desenvolvimento da análise é orientado por um estudo de caso de atenção primária à saúde, extraído da experiência profissional do próprio autor. Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Cuidado; Integralidade; Humanização; Hermenêutica; Fenomenologia.

Abstract

Contemporary health practices are facing an important crisis in their history. In contrast with their huge scientific and technological development, these practices are finding severe limitations for effectively responding to the complex needs for care of individuals and populations. Recent proposals on humanized and comprehensive approaches are powerful and disseminated strategies for creatively facing the crisis and building alternatives for the organization of health care in Brazil. This reflexive essay aims to examine from a hermeneutical point of view some of the philosophical and practical challenges to be faced in the way of the humanization of health practices. Heidegger's ontological concept of Care (Sorge), in its relations with (the) human being is the basis for a critical review of current characteristics of health care. The analysis is driven by a case study on primary health care, taken from the author's own professional experience. Life project, identity building, confidence and responsibility are pointed out as main features to be considered in the comprehension of interactions between health professionals and patients and as key issues in the ethical, political and technical renewal of health care.

Key words: Care; Comprehensive Care; Humanization; Hermeneutics; Phenomenology.

Relato de um Caso

“Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta¹ veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse.

¹ Nome fictício.

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

Acerca do Objeto e Pressupostos desta Reflexão

A narrativa acima é o relato de uma experiência do autor em suas atividades de assistência médica em uma unidade de atenção primária à saúde. Abrir o pre-

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

Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação (Schraiber, 1997). Não é senão como resposta a isso que se torna compreensível o surgimento recente no campo da saúde de diversas propostas para sua reconstrução, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde etc (Czeresnia e Freitas, 2003). Uma tal reconstrução necessita, para sua realização, de esforços coletivos e pragmáticos, entendidos nos termos habermasianos de um processo público de interação entre diversas pretensões, exigências e condições de validade das diversas proposições e interesses em disputa (Habermas, 1988). Há já em curso na saúde coletiva brasileira processos dessa natureza relacionados à reconstrução das práticas de saúde, muito especialmente aquele que gravita em torno das proposições da chamada *humanização da atenção à saúde* (Deslandes, 2004).

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

Um esclarecimento importante deve ser feito antes de se prosseguir, e que diz respeito às pretensões de validade deste ensaio por si só. Na qualidade de um ensaio reflexivo, não teria sentido postular, na argumentação a ser aqui desenvolvida, alguma verificação

puramente factual ou lógica das proposições. Não se trata de aceitar ou rejeitar qualquer enunciado de tipo assertivo, mas de convidar o leitor ao exame da coerência argumentativa e de seu significado e validade prática. Em outros termos, trata-se aqui menos de buscar *conhecer* um dado aspecto da realidade do que procurar *entendê-lo* (Gadamer, 1996). Seguindo na trilha dos saberes de corte hermenêutico que constituem a herança das chamadas “humanidades”, busca-se uma relação de construção compartilhada, uma compreensão que é simultânea e imediatamente “formação” daqueles que se entendem sobre algo que diz respeito às suas próprias identidades histórica e socialmente construídas (Gadamer, 1996) .

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

Destaque-se na definição acima, em primeiro lugar, a ampliação do horizonte normativo pelos quais se pensa deverem ser guiadas e julgadas as práticas de saúde, expandindo-o da referência à normalidade morfofuncional, própria às tecnociências biomédicas modernas (Luz, 1988), à idéia mais ampla de felicidade. A idéia de felicidade busca, por outro lado, escapar tanto à restrição da conceituação de saúde a este horizonte tecnocientífico estrito quanto a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como a clássica definição da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70

(Alma-Ata, 1978). Ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente. Já a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, freqüentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização.

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

Por fim, outro aspecto importante a ser destacado nessas considerações preliminares é o pressuposto, que se quer assumir aqui, acerca do caráter contraditoriamente central das tecnociências da saúde na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje por saúde, é verdade também que são elas que constroem parte substantiva das experiências vividas em relação às quais são construídas as concepções de saúde, ou os horizontes de felicidade. Com a explicitação desse

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

O Cuidado: da Ontologia à Reconstrução das Práticas de Saúde

D. Violeta, participante do caso relatado no início deste ensaio, é freqüentadora assídua de uma unidade básica de saúde. Nunca falta, mas também nunca está satisfeita. O serviço e o profissional que realizam seu atendimento, por sua vez, também não estão satisfeitos. Não podem estar, tanto devido ao elevado grau de hostilidade sempre apresentado pela usuária como porque, dos pontos de vista clínico e epidemiológico, a eficácia da intervenção é muito baixa. Como compreender, de um lado, a ineficácia da intervenção e, de outro lado, por contraditório que pareça, a sólida reiteração dessa intervenção pouco eficaz – ainda mais assombrosa se considerarmos a escala em que situações como essa se repetem diariamente nos diversos serviços de saúde? Por outro lado, por que foi, e o que foi que mudou a qualidade do encontro terapêutico a partir da situação crítica descrita no preâmbulo?

A resposta à primeira pergunta, por si só, já seria suficiente para preencher todo o espaço deste artigo, pela riqueza e complexidade das questões envolvidas, mas, em um necessário esforço de síntese, pode-se

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

Agora se está em melhores condições para responder à segunda pergunta, ou começar a respondê-la: o que mudou foi que se passou a procurar, naquele momento, o sentido e o significado de diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas. Mais que isso, ou como base disso, passou-se a procurar o significado da própria presença de um diante de outro: D. Violeta e seu médico, naquele espaço, naquele momento. O que a catarse daquele (des)encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender da falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de médico e de paciente, orientados, ambos, por uma lógica que, em si mesma, não pode atribuir sentido a nada, a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional. O que se tornou possível pela linha de fuga aberta com a percepção vertiginosa daquele *non sense*, tão em desacordo com a importância do que deveria se realizar naquele espaço, foi a busca da totalidade existencial que permitia dar significados e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida que, por razões biográficas trágicas, D. Violeta tinha tanta dificuldade de reencontrar. O que criou as condições para a reconstrução da relação terapêutica a partir daquele momento não foi uma técnica, um conceito, foi uma *sabedoria prática*², posta em ação por um

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

misto de circunstância, desejo e razão dos que se encontraram. O final de turno, o cansaço, os ânimos à flor da pele, a insatisfação já crônica de ambos, e tantos outros elementos difíceis de identificar, tudo isso concorreu para irromper o novo. Mas quando se presta bem atenção ao acontecido, apesar de ser difícil responder exatamente o que foi causa de quê, parece bastante evidente que houve um elemento fundamental para a reconstrução do encontro terapêutico que ali ocorreu. Foi o *projeto de felicidade* um dia concebido, violentamente abortado e agora recuperado por D. Violeta que a fez finalmente aparecer no espaço da consulta e, ao mesmo tempo, fez surgir diante dela o *seu* médico. É como se aquele projeto, revalorizado, reconhecido, pudesse ser retomado em um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si.

Este é o elemento que se quer destacar: o projeto de felicidade, nesse duplo aspecto, de ser projeto e desse projeto ter como norte a felicidade. O aspecto felicidade já foi discutido acima, diz respeito a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde. Mas o aspecto projeto não é menos importante. Ele remete a uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. Não por acaso, a ontologia existencial de Heidegger (1995) recorre à expressão “*Cuidado*”³, tão amplamente usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos *projetos* no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir.

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

síveis e indissociáveis por que o humano é o “ser que concebe o ser”, faculdade esta, por seu turno, constituínte mesma do seu próprio existir. Essa circularidade, Heidegger mostrou não ter nada de viciosa, mas ser a condição de possibilidade de pensar a existência humana sem ter que escolher entre explicações apoiadas em fundamentos impossíveis de serem verificados ou a restrição auto-imposta à positividade lógico-formal e empírica, nos moldes das ciências naturais (Stein, 2002a). Estabelece, assim, as bases para, com Kant, contra Kant e para além de Kant, dar finalmente à filosofia moderna não apenas a fundamentação secular que perseguiu já desde o século XVII, mas também as questões e procedimentos filosóficos pertinentes à situação humana na Modernidade (Stein, 2002b). Com a sua fenomenologia hermenêutica e sua analítica existencial, Heidegger, especialmente em *Ser e Tempo* (1996), convida a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. A temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano - o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar. É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a nomear como Cuidado o ser do humano, numa referência a essa “curadoria” que este está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras (Heidegger, 1995).

Não será possível, nem necessário, percorrer as mediações que levam do caráter abstrato do Cuidado como categoria ontológico-existencial para o plano das atividades e preocupações práticas do cuidado da saúde. Os interessados podem remeter-se a Foucault (2002), em cuja genealogia podem ser encontrados subsídios preciosos, tanto para a fundamentação histórica da compreensão da existência humana como Cuidado, quanto sobre o modo como o “cuidado de si”

3 Do alemão *Sorge*, também traduzido por Cura ou por Preocupação.

(*cura sui*), desde as raízes gregas das sociedades ocidentais contemporâneas, passou a integrar a preocupação com a saúde às determinações mais centrais da construção dos projetos existenciais humanos. Por outro lado, Gadamer (1997), em uma série de ensaios sobre a saúde, demonstra como a totalidade hermenêutica de uma reflexão existencial pode jogar luz sobre os significados de adoecer, do conhecimento científico em saúde e das técnicas e artes de curar. O que cabe destacar aqui desse vínculo entre a ontologia existencial e a reflexão sobre as práticas de saúde é o caráter mutuamente esclarecedor, o potencial hermenêutico, de que se investe a noção de projeto para as práticas humanas, o que tem riquíssimas implicações para o desafio prático de reconstrução das práticas de saúde.

Com efeito, com a breve incursão filosófica à ontologia existencial heideggeriana só se quis fundamentar aquilo que, de resto, um olhar mais atento sobre o caso de D. Violeta já permitiria perceber. Foi a recuperação do seu projeto existencial que permitiu estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e acenar para um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido, e dar sentido a preocupações anteriores, como o controle da hipertensão. Como foi visto, a irrupção desse elemento no encontro terapêutico, tanto na elucidação do projeto de vida de D. Violeta, como na ressignificação desse projeto com o recurso a um outro pequeno projeto (ou “metaprojeto”), o de narrar literariamente sua história de vida, propiciou a reorientação da assistência na direção de sua humanização, se entendida nos marcos acima definidos.

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

Este encontro terapêutico de outra qualidade, mais “humanizado”, certamente apresenta características técnicas diversas daquele que se realizava anteriormente. Embora a guinada de um a outro modelo tenha sido fruto de razões e ações não redutíveis a uma técnica, assim que se assenta em novas bases a relação terapêutica, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir tecnicamente que se possa repetir o sucesso prático que justifica o encontro terapêutico. É claro que êxito técnico e sucesso prático não são a mesma coisa (Ayres, 2001). O sucesso prático, o alcance da felicidade num sentido existencial, foi além, no caso de D. Violeta, do êxito técnico do controle da hipertensão arterial. Mas foi este êxito técnico que justificou e promoveu o encontro do sucesso prático. O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a *permeabilidade do técnico ao não-técnico*, o diálogo entre essas dimensões interligadas. Foi esse diálogo que tornou possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico; foi da possibilidade de fazer dialogar à normatividade morfofuncional das tecnociências médicas com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida (Habermas, 1988), que (res)significou a saúde, o serviço, o médico. Por isso defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá-se denominar *Cuidado* essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo *Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*.⁴

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

Acolhimento, Responsabilidade, Identidades

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

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

A esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento. Como mostram diversos autores (Silva Jr. e col, 2003; Teixeira, 2003), o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções pro-

postas, nos seus meios e finalidades. Esses autores também destacam que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita por Teixeira (2003). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

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

É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial do sujeito que procura a atenção à saúde serão considerados apenas elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruídos. No caso de D. Violeta, sua insatisfação, seu “mau humor”, era apenas um dado incidental, que vinha sendo hábil e cuidadosamente contornado para que a consulta pudesse acontecer. Quando, no entanto, se amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial, o desencontro habitual é entendido como expressão de uma “in-felicidade”, a qual, não por acaso, se manifestava ali no espaço assistencial. Então o humor da paciente frente ao médico, e vice-versa, passa a ser entendido como um indicador de um insucesso prático da relação. A escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra. O ato de fechar o prontuário, guardar a caneta e abandonar o diálogo dirigido, quase monológico, que caracterizava os encontros anterior-

res foi uma alternativa escolhida. Haveria outras possibilidades de reação do profissional de saúde à “crise de humores” relatada? Sim, certamente. Uma delas seria seguir apoiando-se na paciência calculada e contornar o mais rapidamente o “ruído” para a avaliação médica. No extremo oposto, uma reação também desmedada poderia decretar a impossibilidade do diálogo, naquela consulta ou em definitivo, tão comumente relatada pelos usuários e profissionais em suas experiências nos serviços. Seria possível, ainda, a convocação de outro profissional para intervir na situação, como o psicólogo, frequentemente lembrados quando algum “paciente” está com “dificuldade de interação”. Todas essas soluções girariam, contudo, em torno do mesmo eixo, de evitar o ruído à conversa que “realmente interessaria”.

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

Entre as possibilidades, acima destacadas, para reagir à “crise dos humores”, o que permite compreender a escolha efetivamente feita é a responsabilidade que um assume frente ao outro, no sentido de responder moralmente por algo. Foi o assumir radical das responsabilidades de terapeuta que permitiu fugir à “comodidade” estéril do estar fazendo “corretamente” a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho. É

também porque se responsabiliza pelo espaço da interação terapêutica que D. Violeta se propõe a reinvestir energias e confiança num convite absolutamente novo, mas no fundo desejado, para aquela antiga (e também conhecida e segura) relação. Essa ativa vinculação moral resulta em tornar-se, cada um, o garante de efeitos voluntários e involuntários de suas ações. Esse movimento será mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde desta garantia, isto é, responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações.

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

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

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

(re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários.

Embora, insista-se, não seja propósito aqui teorizar sobre processos de construção identitária, é necessário ressaltar que uma afirmação como a acima realizada só é possível quando se toma como fundamento a ipseidade ou *identidade-ipse* (Ricoeur, 1991), isto é, a compreensão da identidade como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada pelo encontro com a alteridade. Tal concepção contrapõe-se à visão mais tradicional, que Ricoeur chama de identidade-idem, que designa mesmidade, aquilo que é idêntico a si e imutável através do tempo. Em outros termos, comunga-se a compreensão de que o ser mais próprio de cada um não é sempre o mesmo, mas *pelo mesmo*. É no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu próprio ser, que, como nos mostrou Heidegger (1995), é sempre já “ser em” e “ser com”. Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida essas referências identitárias vão se transformando, recontruindo continuamente a percepção do si mesmo e do outro. Há um provérbio de origem sul-africana, da etnia Zulu, que se refere exatamente a essa mutualidade e processualidade da construção de identidades-alteridades. Diz ele: “Eu sou o que vejo de mim em sua face; eu sou porque você é”⁵.

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 começando exatamente ali no momento do primeiro encontro. O profissional que surge diante de um usuário é já carregado dos significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação com o modo como o usuário se identifica como paciente. Da mesma forma que os profissionais também se compreendem como tal na presença desse outro que ele espera encontrar, o paciente. Portanto, quando se estabelece uma interação não se a inicia; rigorosamente se a “retoma”. Ora, é fundamental ter-se isso à vista quando se busca fazer da interação terapêutica um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura tecnicidade, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização da normatividade morfofuncional dos nos-

sos horizontes terapêuticos, 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. Viu-se, no caso relatado, como foi necessária uma experiência limite para que o médico pudesse se permitir que se construísse de forma mais rica e interativa sua identidade como terapeuta, assim como, num primeiro momento, D. Violeta, também estranha e resiste ao súbito convite à reconstrução de sua identidade-paciente quando uma nova alteridade-médico surge à sua frente. Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático para uma discursividade mais livre, isto é, onde o diálogo busque ativamente uma renúncia, ao menos temporária, a deixar-se guiar como uma anamnese, em sentido estrito. Tal procedimento evita a tendência monológica, na qual a fala do paciente vai se restringir a ser quase exclusivamente (porque nunca o será integralmente) uma extensão, uma complementação do discurso do profissional, apenas preenchendo os elementos que lhe faltam para percorrer um percurso que é só seu. Com isso, surgem possibilidades mais ricas não apenas de se tornar mais claro - para os dois lados da relação terapêutica - o sentido do Cuidado que busca atualizar-se naquele encontro, seu significado existencial, como também de trazer elementos capazes de tornar mais precisos os recortes objetivos (sistemas morfofuncionais, riscos, determinantes) que por ventura se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado.

Caberia ainda destacar, entre as possibilidades de reprodutibilidade técnica elucidadas pela situação relatada, o enriquecimento também das possibilidades terapêuticas, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações, como o foi o estímulo à recuperação biográfica e relato literário no caso de D. Violeta. Assim, compor “diagnósticos” e “terapêuticas” vinculados a situações existenciais, com proposições práticas que fujam ao estrito âmbito morfofuncional, ou que as articulem a ações de outra natureza ou propósito, é também uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais. Aliás, esta heterodoxia pode começar

5 Citado na Sessão de Encerramento da XIII International Aids Conference, em Durban, África do Sul, julho de 2000.

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

Outras heterodoxias terapêuticas devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele. Apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, tudo isso pensado tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de possibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde. É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimen-

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

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

O Cuidado, a Saúde e os Coletivos Humanos

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

ção de respostas a tais processos.

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

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

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

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

De um lado, as transformações orientadas pela 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.

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

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

Referências

- ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001, p. 15-17.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, p. 117-139.
- CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E.C. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 205-214, 2001.
- CUNHA, A.G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
- DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro, Graal, 2002.
- GADAMER, H.G. Hermenêutica como filosofia prática. In: GADAMER, H.G. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1983, p. 57-77.
- GADAMER, H.G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa, Edições 70, 1997.
- GADAMER, H.G. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1996.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid, Taurus, 1988.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis, Vozes, 1995.
- LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- PAIM, J.S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, p. 161-174.
- PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- RICOEUR, P. *O si mesmo como um outro*. Campinas, Papirus, 1991.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- SACKETT, D.L.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*. London, Churchill Livingstone, 1997.
- SCHRAIBER, L.B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*. São Paulo, 1997. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- SILVA JÚNIOR, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 113-128.
- STEIN, E. *Introdução ao pensamento de Martin Heidegger*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2002a.
- STEIN, E. *Uma breve introdução à filosofia*. Ijuí, Ed. Unijuí, 2002b.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-112.

Recebido em: 27/07/2004

Aprovado em: 09/11/2004