

Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas¹

Organization of Health Care Actions: models and practices

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Doutor Arnaldo 455, 2 andar, sala 2222, CEP 01246-903, Cerqueira César, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: jrcayres@usp.br

¹ Artigo escrito a partir de Conferência no X Congresso Paulista de Saúde Pública, outubro de 2007.

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir recentes contribuições conceituais para a construção de modelos de organização das ações de atenção à saúde. Trata-se de um ensaio crítico baseado na Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, de Mendes-Gonçalves e colaboradores, relido na perspectiva filosófica da Hermenêutica contemporânea (Gadamer; Ricoeur, Habermas). Em primeiro lugar, define-se modelo como a convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados acerca dos modos de operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações. A seguir, são apontados como norteadores da reflexão o princípio da integralidade da atenção no contexto do Sistema Único de Saúde e seus desafios nos planos do conhecimento, das tecnologias e da ética. Os conceitos de vulnerabilidade, cuidado e humanização, como recentes proposições para novas confluências discursivas interessadas na construção de modelos de atenção integral, são, então, tomados para análise, discutindo-se seus principais pressupostos e conteúdos, assim como seus alcances e desafios práticos.

Palavras-chave: Modelos de atenção à saúde; Integralidade; Vulnerabilidade; Cuidado; Humanização; Hermenêutica.

Abstract

The objective of this paper is to discuss the recent conceptual contributions to the development of health care organization models. This is a critical essay, based on the Theory of Health Work Process, authored by Mendes-Gonçalves and collaborators, revisited under the philosophical perspective of contemporary Hermeneutics (Gadamer, Ricoeur, Habermas). Firstly, “model” is defined as the convergence of horizons of the diverse socially legitimated discourses on the modes of operation of technologies that provide health care for individuals and populations. Then, the principle of integrality of care within the context of *Sistema Único de Saúde* (Brazil’s National Health System) and its challenges in the fields of knowledge, technologies and ethics are elected as the guiding path for the reflection. The concepts of vulnerability, care and humanization, viewed as recent proposals attempting at new discursive confluences for the construction of integral care models, are analyzed, focusing on their main assumptions and contents, and also on their practical achievements and challenges.

Keywords: Health Care Models; Integral Care; Vulnerability; Humanization; Hermeneutics.

Modelos e Práticas: delimitações preliminares

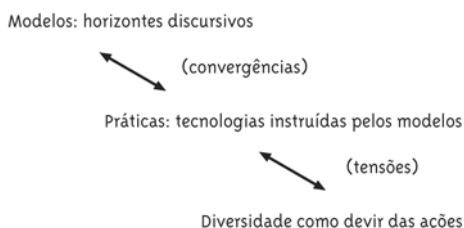
As ideias que serão apresentadas neste ensaio são síntese de um conjunto de reflexões que o autor vem desenvolvendo há cerca de 10 anos, e que, em larga medida, se baseiam em experiências práticas e construções conceituais coletivas, desenvolvidas pela equipe de docentes e pesquisadores do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP (CSESBP, 2008), também conhecido como Centro de Saúde Escola do Butantã, além do constante debate com outros grupos e pesquisadores da Saúde Coletiva.

O tema proposto, “Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas”, é bastante amplo. Alguns recortes devem ser, portanto, estabelecidos inicialmente. Uma primeira delimitação que precisa ser feita é a de que, apesar de nossas reflexões se desenvolverem em um grau de abstração que, a rigor, permite sua aplicação a práticas de saúde em geral, é a partir da realidade brasileira do Sistema Único de Saúde (SUS) que falamos. As motivações e conteúdos fundamentais deste trabalho nascem do SUS, de sua história, seus princípios constitutivos, sua realidade cotidiana, das tensões e convergências de seus conceitos e práticas (Paim, 2008). Trata-se, aqui, da busca de sistematização e articulação de algumas proposições que nos parecem bastante fecundas para a construção de modelos de atenção à saúde capazes de aperfeiçoar e efetivar o ideário do SUS, e que já estão, de diferentes modos e alcances, colocados nos debates da Saúde Coletiva brasileira.

Outra importante demarcação preliminar diz respeito à noção de “modelo” que adotamos. Entende-se, aqui, por *modelo de atenção à saúde a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações*. Vale lembrar que essas tecnologias nunca são completamente moldadas pelos modelos. Tal como os entendemos aqui, os modelos nascem de experiências e potencialidades inscritas em um conjunto de técnicas e arranjos tecnológicos, que incluem os conceitos e teorias postos em uma dada circunstância histórica e social (Mendes-Gonçalves, 1994). O modelo, uma vez conformado e aplicado, instrui, de volta, a utilização dessas tecnologias. Nessa

dialética entre sua organização conforme modelos e seu operar cotidiano, as tecnologias apresentam uma inexorável abertura em seu dever prático, evidenciando alcances, limites, sinergias e tensões que nos levam a requalificar, adaptar e diversificar o seu uso, assim como a buscar novas técnicas e conceitos e/ou novos arranjos tecnológicos para sua operação. Dessa forma, são gerados novos horizontes discursivos acerca da aplicação e da gestão das tecnologias. Novos modelos se conformarão na medida do sucesso alcançado na convergência entre os diversos discursos em interação - no sentido de “fusão de horizontes” (Gadamer, 1999) - acerca dos “que” e “como” fazer, em sentidos que podem abarcar dimensões operacionais, estratégicas, materiais, conceituais, filosóficas e éticas (Quadro 1).

Quadro 1 - Dos modelos às práticas e de volta



Assim, ao contrário do sentido mais habitualmente atribuído ao conceito de modelo, que é o da produção em um sentido unificador e coercitivo de ações dirigidas a certa finalidade instrumental ou estratégica, ele é entendido aqui, inversamente, como a possibilidade de estabelecer um diálogo produtivo entre perspectivas instrumentais e estratégicas diversas, mas capazes de compartilhar horizontes práticos de interesse comum. Na primeira concepção, a diversidade é fonte de tensões, tende a ser negada, devendo ser coibida na sua condição de fator desagregador, ou produtor de ruído para o modelo. Na segunda, a diversidade é sinal de vitalidade e as tensões daí advindas são entendidas como indicadores da necessidade de flexibilizar conceitos e técnicas, de busca de maneiras produtivas para o manejo dos conflitos advindos das tensões e, especialmente, da necessidade de busca de horizontes compartilhados para um diálogo produtivo entre as diversas tecnologias. Um diálogo interessado não na uniformidade ou na unidade coercitiva, mas no enriquecimento mútuo e sinérgico com base na diversidade.

É claro que esses processos de construção/reconstrução são atravessados por determinantes e implicações de várias ordens, que extrapolam a dimensão estritamente técnica da atenção à saúde. Há importantes aspectos econômicos, culturais, políticos e institucionais envolvidos nas tensões experimentadas no cotidiano da atenção à saúde. No presente ensaio, embora essas dimensões estejam assumidas como necessário pano de fundo, focalizaremos a discussão no plano mais imediatamente relacionado à atenção, no plano tecnológico em que conceitos e técnicas são postos em operação para a produção das ações de saúde.

Vamos, então, discorrer sobre algumas necessidades e possibilidades de construção de modelos de atenção focados na dimensão tecnológica desses desafios. Para fazê-lo, vamos subdividir nossa análise em três planos, que nos parecem relevantes e muito estreitamente articulados, quando consideramos as tendências mais recentes das tensões e movimentos de reconstrução que temos experimentado no SUS. São eles: a) o próprio núcleo do “saber”, dos conceitos, teorias e seus fundamentos epistemológicos que instruem os nossos modelos de prática; b) a aplicação da “técnica” propriamente dita, o modo de operá-la no cotidiano da atenção à saúde; c) o aspecto da “ética”, os valores que têm orientado nossas práticas.

Integralidade como Norte de Modelos de Atenção à Saúde

Entre os diversos aprendizados que temos feito nesses 20 anos de experiência do SUS, destaca-se a importância da definição clara, e sustentada em lei, de alguns princípios norteadores para a organização do sistema de atenção à saúde que buscamos construir (Vasconcelos; Pasche, 2006; Cohn, 2006). Aprendemos, ainda, que universalização, equidade e integralidade são mutuamente referentes, cada um reclamando os demais para que se possa compatibilizar pragmatismo com utopia, realismo prático com capacidade de sonhar. Contudo, entre esses três princípios, parece claro que um deles guarda uma relação mais imediata com a dimensão em que queremos tratar o movimento a que nos referíamos acima, de criação da diversidade e de construção de respostas às tensões dela advindas: a integralidade. Com efeito, a integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores

de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas *a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.*

À complexidade do desafio que nos colocamos, com maior ou menor consciência de suas implicações, ao assumir a integralidade como princípio do SUS corresponde a grande dificuldade de sua definição precisa, e maior ainda de sua operacionalização. Essas dificuldades não diminuem, contudo, sua relevância. Não resta dúvida de que a busca da integralidade constitui uma força fundamental para evitar que a universalidade se reduza a uma mera formalidade, a um franqueamento legal a práticas socialmente desvalorizadas, e que a equidade se torne um preceito abstrato, irrealizável na prática. Porém, mais do que conceitualmente necessário para a plena realização dos demais, o princípio da integralidade tem demonstrado, na prática, uma enorme vitalidade e capacidade de aglutinar em torno de si conjuntos diversos de ideias e sujeitos interessados na melhoria da qualidade, democratização e justiça das ações de atenção à saúde (Mattos, 2001; Pinho e col., 2007).

Não temos aqui a intenção de chegar a uma definição precisa de integralidade, até por julgarmos que isso não é imprescindível e, ao contrário, qualquer tentativa de dar um sentido unívoco à integralidade nesse momento poderia limitar a vitalidade e riqueza dos movimentos que se orientam por esta rubrica. Será produtivo, talvez, apenas apontar certos eixos em torno dos quais podemos identificar alguns dos principais impulsos que, com base na ideia de integralidade, têm buscado fazer dialogar diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde (Ayres e col, 2006b):

A) *Eixo das necessidades*: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas.

B) *Eixo das finalidades*: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofri-

mentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

C) *Eixo das articulações*: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A,.

D) *Eixo das interações*: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas.

Como se vê, os quatro eixos são relacionados entre si e guardam certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais. Os discursos sobre integralidade, em cada um deles, têm, muitas vezes, origens, porta-vozes e objetivos distintos, mas em todos se identifica a percepção de que os valores que guiam a construção do SUS apontam para a intimidade dos processos de trabalho em saúde como instância fundamental para sua realização (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 2000; Merhy, 2000; Campos, 2003; Cecílio, 2001; Silva Jr. e col, 2007; Pinheiro; Mattos, 2006; Teixeira, 2007; Teixeira e col, 1998).

Voltemos, então, aos três planos analíticos acima definidos - saber, técnica e ética - para apontar algumas proposições conceituais que nos parecem potencialmente fecundas para promover convergências instruídas pelo princípio da integralidade.

Vulnerabilidade: a integralidade e o saber

Quando nos aproximamos pelo plano do saber à construção de modelos de atenção orientados pela integralidade, não há como deixar de fazer referência ao quadro

conceitual da *vulnerabilidade*, emergente no cenário da saúde pública mundial a partir da experiência da pandemia de HIV/aids (Mann e col, 1993). Porém, para melhor compreendermos o sentido prático e o significado histórico desse quadro, será importante fazer um breve retrospecto sobre as origens dos saberes que buscaram confluências entre os fenômenos biomédicos de saúde e doença e outros, relativos a aspectos que extrapolam o plano estritamente orgânico.

Não será difícil localizar na Higiene moderna, especialmente na vertente denominada Higiene Social, esse saber fundador (Ayres, 2005). Esse saber, inicialmente a partir da noção de miasma, em sua acepção moderna, depois com as noções de constituição epidêmica e meio externo, construiu a matriz epistemológica a partir da qual, por sucessivos processos de formalização, veio a se constituir a Epidemiologia.

No processo de passagem da Higiene para a Epidemiologia, desde o final do século XIX até meados do século XX, houve uma evidente transformação do escopo e da natureza do objeto e métodos de investigação tal como entendidos por sua comunidade de pesquisadores. Podemos nos referir genericamente a essa transformação como o abandono de pretensões teóricas e ontológicas acerca das leis que regeriam os fenômenos epidêmicos em geral, a que aspirava a Higiene e as primeiras conformações da Epidemiologia, em direção a um perfil pragmático e processual, característico da epidemiologia do risco (Ayres, 2008), constituindo o que se pode chamar de um paradigma predominante, embora não exclusivo, nessa ciência, desde o último quartil do século XX (Almeida Filho, 1997).

Assim, por sucessivos processos de abstração e matematização, passou-se da busca de apreensão de totalidades conformadoras de condições desfavoráveis à saúde, as chamadas *constituições epidêmicas*, à busca de caracterização dos *meios de transmissão/formas de exposição* relativos aos principais agressores à saúde humana, o que atingiu seu auge em torno da década de 1930, e desta à busca de *associações probabilísticas*, entre possíveis agentes e condições desfavoráveis à saúde e a ocorrência dos agravos. Essas associações, expressas na forma do *risco* epidemiológico nas diversas feições conformadas pelos diferentes métodos de investigação, são a base da Epidemiologia contemporânea e o núcleo contraditório de seus principais êxitos e limitações (Quadro 2).

Ao formalizar o conceito de risco, a Epidemiologia alcançou sua maturidade científica, perfilando-se entre os principais saberes instrutores das tecnologias de atenção à saúde, seja na prevenção e promoção da saúde, seja no tratamento e recuperação de agravos já instalados. Como ciência madura, a Epidemiologia conquistou, simultaneamente, rigor científico, capacidade especulativa e potencial para o diálogo interdisciplinar. Rigor, porque definiu uma linguagem própria e precisa para elaborar discursos sobre os fenômenos de saúde, criando condições potencialmente universais para as pretensões e exigências de validação de suas proposições. Capacidade especulativa, porque ao desenvolver métodos e técnicas para avaliar a probabilidade de associação entre dois eventos com nexo potencialmente causal, antes mesmo de conhecer a intimidade dos processos que os vinculam na realidade, expande *ad infinitum* as possibilidades de levantar e testar hipóteses causais. Potencial para o diálogo interdisciplinar, porque, uma vez que associa eventos metodologicamente independentes, as análises de risco permitem incorporar constructos vindos de qualquer área de conhecimento científico, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, desde que possam ser traduzidos em variáveis quantificáveis e de implicações causais minimamente plausíveis e compatíveis com os conhecimentos biomédicos.

Fica claro, portanto, que o desenvolvimento da Epidemiologia constitui um ganho importante para a saúde pública. E quais foram, então, as limitações e tensões trazidas com esse processo? Em primeiro lugar, é preciso reconhecer que a formalização da Higiene só foi possível graças a um laborioso processo de produção de recortes analíticos, manejáveis em termos quantitativo-probabilísticos, que conduziram os saberes epidemiológicos a um *elevado grau de abstração*. Todos nós que trabalhamos com saúde pública sabemos que, às vezes, temos uma informação muito precisa, matematicamente formulada, para fazer certa associação entre eventos cuja implicação para a prática conhecemos muito pouco, tal foi o grau de abstração necessário para demonstrar aquela associação. Esse é um limite importante.

Analogamente, o outro lado da expressiva liberdade para a especulação causal foi o enfraquecimento da necessidade de formular teorias próprias a esse ramo científico, referentes às relações entre aspectos sociais

e processos saúde-doença, problema prático que esteve na raiz da Higiene Social moderna. Existem, claro, iniciativas nesse sentido, especialmente no campo da chamada Epidemiologia Social, em suas diversas feições atuais (Barata, 2005), mas quando olhamos o conjunto da produção epidemiológica mundial, vemos que essas preocupações são minoritárias. Com a restrição da elaboração teórica, tende a limitar-se a nossa capacidade de produzir discursos que tragam para o debate da comunidade científica, tecnológica e para a arena política, de modo geral, uma abordagem integral dos processos de adoecimento e de seu enfrentamento no contexto tardo-moderno das sociedades e economias globalizadas (Breilh, 1998; Granda, 2006; Muntaner; Chung, 2008).

Por fim, a liberdade especulativa aplicada às exigências das análises de probabilidade produz um trânsito interdisciplinar bastante rico, como apontado acima, mas reclama um trabalho de síntese, que restitua a unidade de sentido de variáveis e categorias oriundas de áreas disciplinares tão distintas, para que seus significados propriamente epidemiológicos possam ser interpretados. Há, porém, uma evidente *escassez de sínteses*, o que é compreensível no contexto de restrição teórica apontado. Vemos, assim, que abstracionismo, restrição teórica e escassez de sínteses são dificuldades que estão mutuamente referidas e que resultaram de certa fragmentação analítica dos conhecimentos antes reunidos genericamente sob a égide da Higiene, mas que na realidade atual encontram-se dispersos em diversas áreas de conhecimento e experiência. A Epidemiologia, como principal herdeira dessa matriz disciplinar, tem um papel estratégico para produzir saberes orientados pelo princípio da integralidade, mas terá dificuldades em fazê-lo isoladamente.

A busca de saberes úteis à apreensão de necessidades e possibilidades concretas de intervenção nos processos saúde-doença-cuidado reclamam, então, o que podemos chamar de *saberes mediadores*, isto é, totalidades compreensivas (especulação com trabalho teórico) construídas a partir da fusão de horizontes entre os diferentes discursos interessados na saúde e seus respectivos regimes de validade (análises com reconstrução transdisciplinar de sínteses), a partir da contribuição que cada um desses discursos pode dar para a solução concreta de problemas práticos (rigor lógico para interpretações pragmáticas).

Quadro 2 - Conceitos-chave no processo de formalização da Epidemiologia, alcances e limites resultantes do processo e desafios para a construção de saberes na perspectiva da integralidade

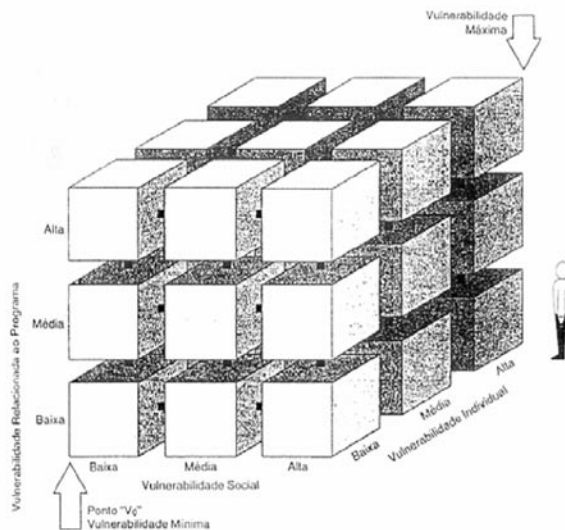


É nesse sentido genérico que emerge no cenário das práticas de saúde o quadro da vulnerabilidade e, diga-se, não como uma produção acadêmica, resultado do trabalho isolado de qualquer grupo de *experts*. A referência da vulnerabilidade surge de um intenso debate social, resultante da marcante experiência social que foi a eclosão da epidemia de aids (Ayres e col, 1999). Essa epidemia mostrou muito claramente, pela urgência e pelo caráter de seus determinantes, as limitações dos saberes tradicionais da saúde pública isolados e a necessidade desses *saberes mediadores*. A vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas.

Não nos deteremos muito aqui em explorar a intimidade desse quadro conceitual e dos modos como vem sendo operado, de resto já amplamente divulgados (Mann e col, 1993; Mann e Tarantola, 1996; Ayres e col, 2006). De modo sumário, os estudos de vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas,

programas, serviços, ações) interferem sobre a situação - chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática (Figura 1).

Figura 1 - Totalidade compreensiva da vulnerabilidade e suas dimensões analíticas



Fonte: Mann, e col., 1993.

O que é relevante reter aqui, representado de forma gráfica pela figura 1, é que cada uma das três dimensões é apenas uma perspectiva de uma realidade que é uma, única, cada dimensão examinada sempre remetendo às duas outras. Também se acha representado na figura que há certa independência entre essas dimensões no que se refere às situações particulares sob exame. Assim, é possível encontrar situações individuais de alta vulnerabilidade em contextos relativamente mais favoráveis e vice-versa. É preciso destacar também que, assim como o grande cubo (representação da tridimensionalidade das aproximações) é, na imagem, composto por outros cubos, cada um desses cubos menores pode ser subdividido em outros tantos, e estes em mais tantos, e assim *ad infinitum*. Ou seja, o grau de abrangência das análises depende de interesses e possibilidades concretas de cada situação avaliada, sempre considerando, por um lado, que um plano de análise dos determinantes mais imediatos não é independente daqueles planos mais amplos que os abarcam e que, por outro lado, não existe a possibilidade de chegarmos ao “cubo final”, isto é, aquele que abarcaria

todo e qualquer outro que fosse possível conceber. A construção de totalidades compreensivas é sempre feita a partir de uma dada perspectiva, limitada e em constante transformação (Gadamer, 1999). Por mais abrangente e exaustivo que seja um estudo de vulnerabilidade, ele jamais poderá ter a pretensão de dar a palavra final sobre o assunto.

Por fim, cabe demarcar, ainda com a ajuda simbólica da figura 1, que não há um ponto de entrada necessário para os estudos de vulnerabilidade. Seja qual for a dimensão privilegiada, seja qual for o alcance definido - o que depende das condições pragmáticas de onde partem esses estudos - o que importa é que não se descuide, desde aquela dimensão e alcance, das suas relações com as outras dimensões e sobredeterminações, nos limites, voluntários ou não, de nosso acesso a elas.

Assim, sob a ótica da vulnerabilidade e na perspectiva de uma atenção integral à saúde, o que as ciências biomédicas definem como limitações ou ideais de saúde podem ter seu conhecimento ampliado pelas associações que a Epidemiologia estabelece nos estudos de risco, as quais precisam ser interpretadas desde totalidades compreensivas, onde as vozes dos diferentes sujeitos implicados - cientistas sociais, outros *experts*, as populações envolvidas etc. - possam dialogar mais clara e efetivamente sobre o que concretamente significam tais limitações e ideais e o que de melhor deve ser feito quanto a eles.

Nesse processo, há que se chamar a atenção, muito particularmente, para os saberes práticos - que, em função de nossos preconceitos e onipotência iluministas, temos sistematicamente excluído das nossas práticas acadêmicas e profissionais. Afinal, o que poderá ser mais poderoso para orientar a construção de totalidades compreensivas pragmaticamente instruídas, promovendo verdadeira fusão de horizontes entre os saberes abstratos da Sociologia, da Antropologia, da Psicologia, da Epidemiologia, que a experiência daqueles imediatamente interessados na questão? Nós, não apenas como cientistas e técnicos, mas também como partícipes da vida na *polis*, devemos ser ouvidos, mas por razões muito mais fortes, devemos auscultar aqueles que vivem a realidade que estudamos e, com seus saberes cotidianos, lidam com ela de alguma forma, bem ou malsucedida.

Cuidado: a integralidade e o fazer

O segundo aspecto a ser considerado diz respeito ao plano da técnica. Tomando como referência a ideia de integralidade, as críticas ao modo como se opera a técnica hoje são bastante conhecidas: a visão segmentada; não conseguir ver a totalidade do paciente e o paciente no seu contexto; uma abordagem muito centrada na patologia; a pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; e, especialmente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários. Não que os profissionais sejam irresponsáveis, mas o modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba, muitas vezes, favorecendo certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades. A ideia de *cuidado* vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas.

Antes de tentar uma definição de cuidado, no sentido aqui proposto, importa mais apontar alguns princípios e procedimentos que, ainda quando utilizados de forma mais espontânea e ingênua, afinam-se com o que de mais substantivo se procura resgatar com esse conceito. Trata-se de fazer mais e, algumas vezes, um pouco diferente, aquilo que já sempre terá feito parte da arte da atenção à saúde.

O conhecido jargão da “escuta e acolhimento” é um desses casos. Por trás dessa rubrica há elementos fundamentais para o cuidado. Por exemplo, é preciso *ouvir mais*. Ouvir mais porque o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo progressivamente substituído pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX. Elas esquadrinham o organismo e seus comportamentos morfofuncionais, desde o potencial revelado nas informações geneticamente armazenadas até suas diversas possibilidades de estados e condições, para além das situações espaço-temporais atuais, por meio dos estudos epidemiológicos, especialmente as análises de risco e os ensaios clínicos. Perde-se, porém, a totalidade conformada pelas situações singulares de

saúde de indivíduos e grupos, acessível exclusivamente por meio de narrativas (Ricoeur, 1999), isto é, pelo relato que constrói um enredo e, ao fazê-lo, dispõe de personagens, tempo, lugares, ações, sentimentos, de modo que se atribui aos padecimentos e carecimento de cuidados o seu sentido, tornando-o compreensível.

Há que se ver mais também. E não falamos aqui apenas da tradicional ectoscopia (também ela necessária e caindo em desuso), recurso para avaliar estado geral, presença de icterícia, cianose, dispneia etc. Trata-se de ver mais no sentido de buscar aquilo que não é passível de ser falado, mas que os pacientes nos dizem através do olhar, da postura do corpo, da respiração etc.

Por fim, também há a necessidade de se tocar mais. Tocar mais no sentido, de novo, não só de palpação, para obter subsídios no ponto de vista da semiologia, mas também porque, como sabemos, a experiência do adoecimento é muito fortemente “corporal”. Então, muitas vezes, é preciso tocar fisicamente um local dolorido, a sede de um desconforto, uma área de preocupação para que a narrativa de um usuário se torne mais fluente e potente no processo diagnóstico e de intervenção.

Mas dizíamos que não basta apenas escutar, ver e tocar mais. Na verdade, quando tomamos essa atitude já estamos fazendo diferente: a quantidade muda a qualidade. Mas é preciso ser ainda mais radical quando se almeja o cuidado. É que toda essa atenção com a narrativa, o ver e o tocar são efetivamente benéficas para que alcancemos *êxito técnico* (Ayres, 2001) em nossas ações de saúde, isto é, capacidade de identificar e executar possibilidades de intervenção instrumental para a prevenção, tratamento ou recuperação de agravos à saúde. Mas sabemos que o alcance de qualquer êxito técnico almejado por um profissional de saúde só contará com a efetiva participação de usuários e comunidades se ele se configurar, simultaneamente, como um *sucesso prático* (Idem), isto é, como resposta adequada aos modos como estes entendem que deve ser a vida e a saúde no seu cotidiano.

Por isso temos sustentado a ideia de *projeto de felicidade* como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado. Isto é, o projeto de felicidade é a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreenderem o que temos efetivamente para oferecer a elas com nossas tecnologias. Assim,

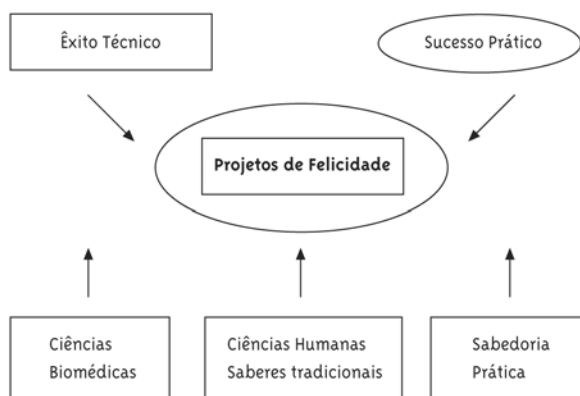
profissionais e usuários, ou comunidades, podem fazer as melhores escolhas para alcançar os maiores benefícios no cuidado de sua saúde (Ayres, 2004).

É preciso que fique claro que quando falamos aqui de projeto não nos referimos à ideia de planejamento, de articulação de objetivos, meios, “cronogramas” etc. Falamos de “projeto” no sentido existencial, tomado da filosofia de Heidegger (1995), entendido como o reiterado e inexorável tomar para si do eu, do outro e do mundo, que nos permite estar cada vez (re)conhecendo nosso modo mais próprio de ser, atualizando a compreensão de si e do mundo que nos situa e move existencialmente, racional e afetivamente.

Igualmente delicado é o conceito de “felicidade”. Também não se trata, aqui, da associação, frequente no senso comum, com alegria, ausência de sofrimento ou algum estado ou condição que se possa definir positivamente. Trata-se de uma ideia reguladora, isto é, é algo pelo qual orientamos nossas decisões, nossas ações, nossas atitudes e que sinalizam que estamos nos movendo conforme nossos projetos, tal como os definimos. Ela é uma ideia contrafática, isto é, só podemos saber em que direção ela nos move na medida em que vamos vivendo e encontrando situações que são percebidas como negação ou obstáculos aos nossos projetos. Por fim, ela é uma ideia “assintótica”, isto é, nunca se atinge um completo estado de felicidade; a experiência mais abrangente e rica de felicidade que pudermos imaginar nos moverá, no mínimo, a mantê-la.

Ao tomarmos os projetos de felicidade como horizonte normativo, temos, como visto, de renovar nossas técnicas de cuidado, ampliando inclusive os saberes que ativamente buscaremos utilizar no cotidiano de nosso trabalho em saúde. Vamos continuar precisando de ciências biomédicas de última geração, claro, mas também precisaremos buscar mais ativamente conhecimentos oriundos das ciências humanas, pelo tanto que elas podem nos ensinar sobre os diversos modos de estar no mundo das pessoas e comunidades. Mas vamos especialmente precisar usar a *sabedoria prática*, ou seja, precisaremos fundir horizontes entre nossos saberes técnicos e os saberes que as pessoas de quem cuidamos acumularam sobre si próprias e seus projetos de felicidade, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado (Quadro 3).

Quadro 3 - Horizonte normativo, finalidades e saberes no cuidado em saúde



Outros dois aspectos frequentemente relacionados à ideia de cuidado, e estreitamente ligados à questão da escuta e acolhimento, são o *vínculo* e a *responsabilidade*.

A ideia de vínculo remete a algumas práticas e atitudes fundamentais para a realização do cuidar: abrir mais espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção; mais continência e continuidade no serviço às diferentes demandas de indivíduos e comunidades; promover um efetivo envolvimento de profissionais e usuários ou comunidades com os processos de cuidado. Aqui, mais uma vez, é fazer mais e melhor do que já sabemos fazer, mas também fazer diferente, ou talvez compreender de outra forma esse fazer. É necessário rever a ideia de sujeito que está na base dessas apostas (Ayres, 2001).

Se pensarmos os sujeitos como essências singulares, núcleos identitários invariantes, sempre iguais a si mesmos no tempo e no espaço, que apenas se modulam pelas interações que estabelecem com seu entorno, a que Ricoeur (1991) chama de “identidade-idem”, teremos mais dificuldade de compreender o que realmente se passa no cotidiano das práticas de saúde. Quando nos damos conta da ipseidade de nossas identidades subjetivas (Ricoeur, idem), isto é, do caráter substancialmente intersubjetivo, relacional da construção e expressão de nossas identidades, então somos levados a pensar de forma mais consequente a qualidade dos encontros que estamos efetivamente promovendo nos espaços de atenção à saúde. As condições em que

promovemos os encontros entre profissionais e destinatários das ações de saúde, já desde o plano macro em que se formulam políticas e modelos de atenção à saúde até o plano micro dos encontros interpessoais, nos espaços assistenciais, são diretamente responsáveis pela expressão de nossas subjetividades. Portanto, não podemos pensar em vínculo como escolha individual, seja de profissionais ou de populações e indivíduos usuários de serviços. Precisamos pensar em vínculo como a construção de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos.

Analogamente, a responsabilização não pode ser entendida como um imperativo moral no sentido forte do termo. Tanto da parte dos profissionais como dos usuários, é a produção do vínculo a verdadeira fonte da responsabilização mútua pela produção do cuidado. O compromisso com a resolutividade, central à ideia de responsabilização, tem sua integralidade e efetividade diretamente proporcionais à nossa capacidade de produzir encontros potentes e sensíveis à normatividade conformada pelos projetos de felicidade de quem cuidamos.

Assim, por exemplo, a ideia de eficácia, que está bastante ligada à de êxito técnico, precisa ser recomposta, quando examinada sob a luz dos projetos de felicidade, na ideia de conveniência, no sentido de ser aquilo que melhor realiza o sucesso prático desejado. Do mesmo modo, a ideia de adesão torna-se frágil sinônimo de obediência. Só a aproximação de nossas tecnologias ao que é de fato conveniente para os sujeitos pode levá-los a, autonomamente, com todas as dificuldades e limites impostos pela “vida real”, aderir às suas exigências, às vezes tão penosas. Por fim, é preciso, se queremos nos responsabilizar mutuamente pelo cuidado, substituir o mito da competência técnica absoluta, pela ideia mais concreta e situada da sabedoria. A sabedoria no cuidar não prescinde da competência técnica, ao contrário, beneficia-se profundamente dela. Mas a competência técnica não garante, por si só, a sabedoria. A sabedoria não está em posse de ninguém em particular, por mais competência que detenha. Ela está guardada em encontros sábios, em encontros que propiciam o diálogo mais autêntico entre dois sujeitos e, portanto, as escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado.

Humanização: a integralidade e a ética do saber/fazer

Pelo exposto, parece claro que os saberes e fazeres da integralidade, para se realizarem como prática, implicam inexoravelmente uma dimensão ética, pois tanto a disposição para o encontro entre profissionais e usuários quanto as escolhas que devem emergir desses encontros estão relacionadas com o reconhecimento e o exame racional das pretensões de validade das diversas concepções e proposições dos sujeitos envolvidos acerca do que seja a Boa Vida (Habermas, 1998).

A recente proposta da Política Nacional de Humanização - PNH (Ministério da Saúde, 2004) parece ser uma das mais consequentes respostas das políticas de saúde do Brasil a essa inexorável presença da ética no âmbito da construção do SUS. Com efeito, desde suas origens, no Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, a proposição da humanização coloca no centro dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada não por qualquer tipo de principialismo ou formalismo, mas pelo reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral (Deslandes, 2004; Ministério da Saúde, 2004).

Esse norte ético nos remete a uma questão de base da maior importância: Como é possível produzir diálogo quando as perspectivas subjetivas envolvidas na atenção partem de pressupostos e expectativas tão diferentes?

Tomemos como referência para o exame dessa questão o momento do encontro interpessoal entre profissional de saúde e usuário do serviço - embora o argumento a ser desenvolvido valha, em suas linhas gerais, também para outras dimensões de encontros assistenciais, como aqueles entre equipes e gestores de serviços e programas de saúde e as populações às quais estes estão dirigidos.

O interesse que move o profissional de saúde já está, em geral, muito claramente colocado: a identificação e prevenção ou correção de disfunções, distorções ou riscos. Ele tem um conjunto de saberes determinado *a priori* - saberes técnicos e científicos. Seu papel ali está definido como um trabalho, com regras e finalidades

igualmente bem delimitadas. Já o usuário chega de modo muito diverso a esse encontro. Há algum tipo de sofrimento ou preocupação, alguma fragilização que o move, e isso, por si só, já faz toda a diferença. Além disso, ele traz saberes, mas saberes não especializados, não passíveis de um controle *a priori*. No entanto, esses saberes têm a chancela da experiência, da vivência mais profunda daquilo que é (ou deveria ser) o motivo central do encontro com o profissional. Ocorre que, por razões já amplamente estudadas e debatidas (Camargo Jr., 2003), os saberes de caráter tecnocientífico frequentemente assumem uma centralidade excludente de qualquer outro tipo de discursividade no encontro assistencial. As finalidades instrumentais justificam uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e de usuário, cabendo a este um lugar subordinado. Assim, o usuário deixa-se reduzir, não sem resistências, maiores ou menores, à condição de suporte de um objeto a ser conhecido e transformado pelo profissional (Ayres, 2007).

Nada mais contrário ao que propõe a PNH. Se defendermos a coconstrução dos modelos de atenção do SUS, será preciso trabalhar os arranjos tecnológicos para reverter essa situação. Ou seja, é preciso, como discutimos, que se fundam horizontes, e que os projetos de felicidade dos sujeitos envolvidos no cuidado possam instruir os êxitos técnicos possíveis na direção dos sucessos práticos almejados. Para isso, o sujeito usuário não pode ser subsumido na objetualidade construída pelo profissional. É preciso, em outros termos, que o enfoque instrumental do encontro assistencial seja incorporado em um enfoque hermenêutico (Idem), de modo que este último nos dê acesso ao sentido prático do primeiro (Ayres, 2008), caracterizando o cuidado como verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e usuários.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 90-104.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan. 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p. 159-72, maio 2008.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006a. p. 375-418.
- AYRES, J. R. C. M. et al. *Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana*. São Paulo, 2006b. 28 p. (Projeto de Pesquisa - Fapesp - 2006/51688-9).
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, jan. 2005.
- BREILH, J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 207-33, jan. 1998.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 70-186.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-26.
- CENTRO DE SAÚDE ESCOLA SAMUEL BARNSELY PESSOA. *Apresentação*. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cseb/index.php>> Acesso em: 15 dez. 2008.
- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 231-58.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, jan. 2004.
- GADAMER, H. G. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GRANDA, E. Globalización de los riesgos en la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 24, n. esp., p. 111-128, mar. 2006.
- HABERMAS, J. *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós - I. C. E. de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1998.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. (eds.). *AIDS in the world II*. Nova York: Oxford University Press, 1996.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. (orgs.). *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã/ ABIA/IMS/UERJ, 1993.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 39-64.
- 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: 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*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 110-6, fev. 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva/ Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf> Acesso em: 27 dez. 2008.
- MUTANER, C.; CHUNG, H. Macrosocial determinants, epidemiology, and health policy: should politics and economics be banned from social determinants of health research? *Journal of Public Health Policy*, Boston, v. 29, n. 3, p. 299-306, July 2008.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In: _____. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/Abrasco, 2006. p. 11-26.
- PINHO, B. L. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 835-46, set. 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2008.
- RICOEUR, P. *O si mesmo como um outro*. Campinas: Papyrus, 1991.
- RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papyrus, 1999. Tomo I.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2007. p. 115-30.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Q. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, maio 1998.

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*. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2007. p. 91-113.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-62.