

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Em busca da totalidade de sentido das
experiências de saúde e doença [In
search of all sense of health and sickness]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Wolfart, Graziela
Publisher	Instituto Humanitas Unisinos - IHU
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-11 02:34:23
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/158938

Em busca da totalidade de sentido das experiências de saúde e doença

Na visão de José Ricardo Ayres, as propostas de humanização nasceram como resposta à manifestação da crise das práticas de saúde nas expressões de insatisfação e descrédito que os usuários passaram a manifestar em diferentes espaços de escuta

POR GRAZIELA WOLFART

Ao analisar o caso da crise das práticas de saúde, o médico e professor da USP José Ricardo Ayres explica que este continua sendo um setor de atividade produtiva de grande vitalidade, um campo simbólico de forte penetração e poder e uma fonte de bens altamente visados e valorizados, a ponto de ter se tornado uma espécie de ícone do exercício da cidadania, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. “Ter acesso a serviços e insumos de saúde é visto pelos cidadãos como um indicador de seu bem-estar e oferecer esse acesso é cada vez mais tido como dever do estado. A crise de que se trata aqui é da ordem do desencontro entre o que se promete e o que de fato se logra alcançar”. Na entrevista a seguir, concedida por e-mail à **IHU On-Line**, ele afirma que “nós somos muito mais que ‘planejadores’ de nossas vidas. Estamos mergulhados na vida em dimensões que extrapolam nosso consciente e nossas capacidades de analisar e planejar. Filosofias diversas e fecundas nos mostram, contudo, que estamos sempre dando um sentido, consciente e pré-consciente, a este estar na vida, e sempre nos deixamos interpelar pela vida respondendo com um projetar-se em direção a ela e projetar para ela, o que, em termos sintéticos, podemos designar como a busca de ser feliz. Nesse sentido, a busca pela compreensão dos projetos de felicidade de indivíduos e populações me parece ser um elemento fundamental para que possamos

acessar aquela totalidade de sentido singular dos processos de saúde-doença”.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres fala sobre “Tecnologias e Humanização nas práticas de cuidado em saúde” nesta segunda-feira, dia 3 de junho, na Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros, no IHU, das 17h às 19h. A palestra faz parte do I Seminário em preparação ao XIV Simpósio Internacional IHU – Revoluções Tecnocientíficas, Culturas, Indivíduos e Sociedades. A modelagem da vida, do conhecimento e dos processos produtivos na tecnologia contemporânea, que acontece de 21 a 24 de outubro de 2014 (mais informações em <http://bit.ly/17XdPIT>).

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres graduou-se em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e obteve os títulos de mestre e doutor em Medicina, área de concentração Medicina Preventiva, pelo DMP-FMUSP, onde trabalha como docente. É pró-reitor adjunto de Extensão Universitária da USP. Sua área de interesse é a Saúde Coletiva, com ênfase na atenção primária em saúde. É autor de *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde* (CEPESC-IMS/ UERJ-ABRASCO, 2009); *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia* (Hucitec, 2008 3ª. Ed.); também editado em espanhol (*Acerca del riesgo*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005); e de *Epidemiologia e emancipação* (Hucitec, 2002, 2. edição).

Confira a entrevista.

IHU On-Line – Quais são os principais elementos que caracterizam a crise das práticas de saúde contemporâneas, pensando em seu processo histórico?

José Ricardo Ayres – Em primeiro lugar, é preciso caracterizar o que estamos chamando de crise, porque essa palavra é frequentemente associada a descrédito, decadência, ruína

e não é disso, absolutamente, que se trata no caso da crise das práticas de saúde. Este continua sendo um setor de atividade produtiva de grande vitalidade, um campo simbólico

de forte penetração e poder e uma fonte de bens altamente visados e valorizados, a ponto de ter se tornado uma espécie de ícone do exercício da cidadania, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. Ter acesso a serviços e insumos de saúde é visto pelos cidadãos como um indicador de seu bem-estar e oferecer esse acesso é cada vez mais tido como dever do estado. A crise de que se trata aqui é da ordem do desencontro entre o que se promete e o que de fato se logra alcançar. Na perspectiva das pessoas, a assistência se torna cada vez mais incapaz de responder às suas necessidades, ou porque é de difícil acesso, ou porque opera de forma fragmentária e descontextualizada, mostra-se com frequência pouco resolutive e até lesiva e é muitas vezes oferecida de forma fria e indiferente, quando não mesmo hostil e violenta. Na perspectiva dos profissionais ela apresenta, em seu conjunto, um cotidiano desgastante, com recursos precários, situações de assistência complexa, baixa remuneração, dificuldades no relacionamento com a clientela, coerções administrativas ao seu modo de atuar e exigências sempre crescentes de atualização científica e técnica. Do ponto de vista do estado, a atenção à saúde representa uma pressão orçamentária enorme e crescente, com o alto custo dos procedimentos e tecnologias e a crescente demanda por elas, além da complexidade de administrar política e economicamente as pressões do setor produtivo, seja de bens materiais, seja de serviços, e da demanda social – caracterizada, até, por um expressivo movimento de judicialização dessas demandas, muitas vezes instada por interesses escusos de profissionais e empresas.

IHU On-Line – Quais as limitações que se apresentam às práticas de saúde quando postas em contraste com o expressivo desenvolvimento científico e tecnológico contemporâneo?

José Ricardo Ayres – Vamos focar aqui na perspectiva mais relevante, a que deve prevalecer – sem, claro, desqualificar a relevância das

“No Brasil as ações de atenção à saúde são, para início de conversa, de difícil acesso para a maior parte dos brasileiros, apesar de seus grandes centros disporem de uma notável capacidade científico-tecnológica”

demais –, que é a das pessoas, de cada um de nós que busca a atenção à saúde. No Brasil as ações de atenção à saúde são, para início de conversa, de difícil acesso para a maior parte dos brasileiros, apesar de seus grandes centros disporem de uma notável capacidade científico-tecnológica. Então essa é uma primeira questão, a de um progresso de disponibilidade tecnológica que não corresponde ao progresso de disponibilização efetiva. Em nosso país a situação melhorou de forma substantiva com a construção do Sistema Único de Saúde – SUS, mas ainda é problemática, especialmente por que este ainda é subfinanciado, por ainda não se ter concretizado o ideal de fazer da iniciativa privada um setor de fato suplementar e por não se ter atingido um grau e maturidade no controle social capaz de fazer o sistema se aprimorar na velocidade desejada, tanto na perspectiva técnica quanto gerencial. Mas mesmo nos países mais ricos e com sistemas

de saúde sólidos e públicos, como o inglês, as dificuldades são grandes e, em linhas gerais, são bastante parecidas com o que nos referimos acima como a incapacidade de atender às necessidades de saúde das pessoas. Essa incapacidade pode ser resumida como uma leitura de tais necessidades e uma resposta a elas que não faz sentido para as pessoas, que não impacta seu bem-estar de modo significativo e que acarreta uma sobrecarga de custos de diversas ordens (na rotina, nos gastos, nas relações interpessoais, no estado mental) e de efeitos adversos e riscos, sobrecarga que sobrepuja os benefícios efetivamente alcançados.

IHU On-Line – Como definir hoje as complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações?

José Ricardo Ayres – Complexidade é mesmo a ideia central aqui. As necessidades de saúde são complexas. E são complexas porque são muitas e variadas. Também porque são dinâmicas, vão se transformando, até por força das próprias tecnologias que são criadas e apresentadas ao público. Para dar um exemplo desse aspecto, lembremos que há poucos anos uma pessoa que procurava um serviço de saúde com uma queixa de dor de cabeça esperava que, com algumas perguntas, o profissional de saúde pudesse identificar seu problema e lhe prescrever um analgésico; hoje ela já se pergunta se não seria indicado realizar uma tomografia e se não seria necessário que se prescrevesse também um antidepressivo. Mas, especialmente, as necessidades são complexas porque elas se configuram como tal em totalidades práticas singulares, isto é, elas só ganham sentido para as pessoas no conjunto de situações físicas, mentais, relacionais, que essas pessoas vivem em seu cotidiano e no modo como, nessas situações, determinadas condições são percebidas como vantajosas ou desvantajosas, confortáveis ou desconfortáveis, desejáveis ou indesejáveis. Ora, nesse sentido, o magnífico e admirável progresso das ciências e das tecnologias materiais nelas baseadas caminha, em certo sentido, na

direção inversa à que seria necessária. As chamadas ciências da saúde se especializam, tornam-se capazes de abstrações analíticas cada vez mais poderosas, fragmentam e aprofundam o conhecimento de partes cada vez mais específicas de seus objetos de estudo. Com base nelas, produzem-se tecnologias também cada vez mais poderosamente capazes de manejar estes objetos específicos. Nesse processo, tais ciências e tecnologias tornam-se, portanto, cada vez menos interessadas nas totalidades e sentidos práticos que caracterizam concretamente as experiências da saúde e da doença e, assim, menos capazes de agir nesse plano. Não se quer, com essa constatação, “demonizar” o desenvolvimento científico e tecnológico, até porque não faria qualquer sentido julgar um processo social e histórico de modo prescritivo, para determinar o que ele deveria ter produzido ou deixado de produzir. O que podemos é, a cada momento, julgar criticamente o que não se está produzindo e precisa ser produzido. É nesse sentido que podemos afirmar que há uma complexidade intrínseca às necessidades de saúde e às formas de responder satisfatoriamente a elas que tem ficado à margem do desenvolvimento científico-tecnológico ou, muitas vezes, ligado a ele de forma contraditória, sendo visada por este desenvolvimento e, nesse mesmo movimento, negada e tornada invisível.

IHU On-Line – Em que medida as propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se apresentado como estratégias para enfrentar a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil?

José Ricardo Ayres – Exatamente na medida em que tais propostas têm buscado produzir conhecimentos e práticas interessados nas totalidades de sentido das experiências de saúde e doença, em um modo de produzir atenção à saúde capazes de lidar com essas totalidades. Trata-se de propostas que, guardadas as especificidades que estão na raiz de um e outro movimento de ideias,

“O magnífico e admirável progresso das ciências e das tecnologias materiais nelas baseadas caminha, em certo sentido, na direção inversa à que seria necessária”

são profundamente solidárias no diagnóstico que fazem da situação e nos caminhos em que apostam para sua solução. Pode-se dizer, de modo sintético, que as propostas de humanização nasceram como resposta à manifestação da crise das práticas de saúde nas expressões de insatisfação e descrédito que os usuários passaram a manifestar em diferentes espaços de escuta, formalizados institucionalmente ou não. Já as propostas na direção da integralidade, incorporada à Constituição brasileira de 1988 na forma de um princípio norteador das ações do SUS, expressam mais imediatamente a percepção da crise por parte de profissionais e formuladores de política, ao analisarem a atenção à saúde desde uma perspectiva mais sistêmica. Ambas as correntes confluem e concordam no essencial, que é esta urgência de reconstruir saberes e práticas de saúde na direção da construção de respostas técnica, ética e politicamente adequadas às necessidades das pessoas em sua singularidade, inseparavelmente individual e coletiva.

IHU On-Line – Quais os principais desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde?

José Ricardo Ayres – Assim como é impossível julgar prescritivamente o passado, também é difícil prescrever para o futuro. Os desafios vão se configurando na medida em que vamos experimentando as situações concretas de prática e que os próprios construtos filosóficos e práticos vão sendo produzidos e incorporados (ou não) ao cotidiano das ações de saúde. Desde onde posso enxergar o contexto atual das práticas de saúde, em particular o contexto brasileiro, arriscaria resumir como principal desafio filosófico o de pensar a atenção em saúde não em uma perspectiva estritamente instrumental, isto é, quais meios para atingir determinados efeitos do ponto de vista funcional, mas, sem desconsiderar essa dimensão, retomar, em novas bases, as perguntas sobre a existência: O que é saúde? O que é doença? O que é viver? O que é, enfim, cuidar da saúde? Acho que este “giro filosófico” tem implicações epistemológicas e metodológicas: Que e como conhecer a saúde na perspectiva da Integralidade e da Humanização? Parece que, nesse aspecto, é preciso reconhecer e explorar construções que vêm de fora do leque mais tradicional das ciências aplicadas à saúde e, nesse sentido, as filosofias de base hermenêutica e as metodologias compreensivas das ciências sociais me parecem ter muito a contribuir.

Por outro lado é preciso também romper com a cisão, implícita na própria formulação da pergunta, entre teoria e prática. Vejo como fundamental desenvolver uma filosofia prática acerca do agir em saúde capaz de se debruçar e produzir mediações conceituais para pensarmos e agirmos de modo mais eficaz, ético e democrático no plano mais imediato das ações de saúde. É nesse sentido que venho trabalhando intensamente no conceito de Cuidado. Talvez com essa mediação conceitual consigamos nos preparar melhor para transformar as práticas no sentido anteriormente apontado de colocar o desenvolvimento científico e tecnológico efetivamente a serviço da construção de práticas de saúde mais significativas e potentes para as pessoas. Nos termos conceituais em que temos desenvolvi-

do o conceito de Cuidado, isso significa conciliar sempre mais êxito técnico e sucesso prático na produção das ações de saúde.

IHU On-Line – Qual a importância dos elementos “projeto de vida”, “construção de identidade”, “confiança” e “responsabilidade” como traços das interações entre profissionais de saúde e pacientes?

José Ricardo Ayres – Mais que projeto de vida, eu gosto da expressão projeto de felicidade. É que projeto de vida remete a uma dimensão, digamos, mais pragmática, é uma expressão muito associada no senso comum a certo planejamento, a uma definição consciente de objetivos a serem concretamente alcançados. Mas nós somos muito mais que “planejadores” de nossas vidas. Estamos mergulhados na vida em dimensões que extrapolam nosso consciente e nossas capacidades de analisar e planejar. Filosofias diversas e fecundas nos mostram, contudo, que estamos sempre dando um sentido, consciente e pré-consciente, a este estar na vida, e sempre nos deixamos interpelar pela vida respondendo com um projetar-se em direção a ela e projetar para ela, o que, em termos sintéticos, podemos designar como a busca de ser feliz. Nesse sentido, a busca de compreensão dos projetos de felicidade de indivíduos e populações me parece ser um elemento fundamental para que possamos acessar aquela totalidade de sentido singular dos processos de saúde-doença, à qual já nos referimos diversas vezes nesta entrevista, e que é o coração do Cuidado. Daí vem a relevância dos demais aspectos que você destaca em sua pergunta. Para acessar esses projetos de felicidade, é preciso assumir que nossa responsabilidade é Cuidar, e não apenas definir objetos tecnocientíficos e intervir sobre eles.

A responsabilidade pelo cuidado

Responsabilizamo-nos pelo Cuidado quando participamos efetivamente da construção dos projetos de

“É essencialmente através do diálogo que podemos alcançar a comunidade ética, política e técnica que nos tornará cada vez mais humanos, nas práticas de saúde e na vida em geral”

felicidade dos indivíduos e comunidades a serviço dos quais colocamos nossa expertise técnica (que é o modo como nos cabe participar dessa construção). De outro lado, sabemos que estamos Cuidando quando percebemos a confiança que nos é aberta para participar dessa construção. Abrir-se a um outro, expor nossas condições concretas, nossos valores, nossos afetos, implica exposição, vulnerabilidades, receios. Por isso, compartilhar projetos de felicidade é sempre um movimento de abertura em relação ao outro que denota extrema confiança (que é indissociável de responsabilidade – quem confia se responsabiliza pelas consequências de um ato; quem se responsabiliza confia em que essas consequências valem a aposta no ato). Conectando estes termos/conceitos – projetos de felicidade, responsabilidade, confiança –, tenho buscado chamar a atenção para o fato de que nossas identidades, de profissionais de saúde e de pacientes, ou usuários de serviços e ações de saúde, precisarão assumir radicalmente sua perspectiva relacional. Ou seja, para que possamos compreender e singularizar as situações de saúde e

agir em relação às necessidades que daí decorrem, nós, médicos, enfermeiros, psicólogos, etc., precisaremos ser a cada vez outros. Isso porque se exigirá de nós, como dado profissional de saúde, um mesmo conjunto genérico de conhecimentos e habilidades técnicas, mas, ao mesmo tempo, será necessário que diversifiquemos quais saberes e habilidades serão interpelados pelas exigências do Cuidado e quais modos de lançar mão deles serão mais adequados às necessidades de saúde que se nos apresentam como desafio. E se vamos precisar abandonar uma identidade fixa de um mero aplicador de conhecimentos definidos *a priori*, é quase intuitivo perceber que serão também muito diversos os modos como se expressarão para nós as identidades dos pacientes, que tendemos a homogeneizar, quando os reduzimos a meros objetos de aplicação do conhecimento científico e intervenção técnica.

IHU On-Line – O que sua experiência profissional mais tem lhe ensinado ao longo dos últimos anos sobre a humanização nas práticas de cuidado em saúde?

José Ricardo Ayres – Seja como professor, como pesquisador, como médico de atenção primária ou como sanitarista, o que carrego de maior aprendizado é que humanização (integralidade e Cuidado) é um movimento que depende radicalmente de diálogo. Compreender essa ação-chave, tanto na perspectiva da produção do conhecimento quanto na da intervenção prática, só pode ocorrer na “fusão de horizontes” eu-outro. Compreender é coaprender. Para isso é importante o olhar atento, a sensibilidade aos afetos, o toque físico, que ao mesmo tempo informa e aproxima. Mas é essencialmente através do diálogo que podemos alcançar a comunidade ética, política e técnica que nos tornará cada vez mais humanos nas práticas de saúde e na vida em geral, na medida em que o compartilhamento que o diálogo produz nos permita entender e favorecer, a cada vez, a abertura ao devir, a busca da felicidade e o encontro que somos.