

Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Ayres, José Ricardo C. M.

Uma concepção hermenêutica de saúde

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 43-62

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838212004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Uma Concepção Hermenêutica de Saúde

JOSÉ RICARDO C. M. AYRES ■

RESUMO

O presente estudo é uma reflexão sobre o conceito de saúde. A tese central do ensaio é que a equivalência de saúde e doença como situações polares opostas de uma mesma natureza de fenômenos, identificados segundo uma mesma racionalidade, é tão limitante para a adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida cotidiana. Com base na Hermenêutica Filosófica, de Hans-Georg Gadamer, e na Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas, procuramos demonstrar que os conceitos de saúde e doença se referem a interesses práticos e instrumentais, respectivamente, na elaboração racional de *experiências vividas* de processos de saúde-doença-cuidado. Defende-se que o obscurecimento desses distintos interesses decorre da “colonização da nossa experiência vivida” pelas estruturas conceituais das ciências biomédicas. Aponta-se para a necessidade de contrapor, a essa tendência, a reconstrução chamada humanizadora das práticas de saúde, tornando-nos todos, profissionais, serviços, programas e políticas de saúde, mais sensíveis, críticos e responsivos aos *sucessos práticos* sempre visados por meio e para além de qualquer *êxito técnico* no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Conceito de saúde; cuidado em saúde; filosofia; hermenêutica.

Recebido em: 05/03/2007.

Aprovado em: 30/03/2007.

Saúde ou doença?

Se neste exato momento fosse perguntado a você, leitor ou leitora, se está saudável, o que responderia? Se cada leitor ou leitora que este artigo encontrar se fizer essa pergunta, o que responderá? É impossível saber. Quantos responderiam que sim, quantos responderiam que não, quantos não saberiam responder? Difícil estimar. Já o comportamento de uma outra pesquisa, perguntando se o leitor ou leitora estão doentes, talvez fosse um pouco mais previsível - ao menos com o auxílio da epidemiologia.

É uma hipótese. Essa hipótese, que a um primeiro olhar pode parecer um mero jogo de palavras, está longe de ser banal. Com ela tocamos no coração de uma questão muito atual, de ricos significados para algumas reflexões fundamentais para as práticas de saúde na contemporaneidade, e que pretendemos desenvolver neste ensaio: o rompimento com o pressuposto da mútua referência entre as noções de saúde e doença. O que o inocente experimento mental acima começa a indicar é que saúde e doença não são situações polares, os extremos opostos, positivo e negativo, respectivamente, de uma mesma coisa - no caso, uma mesma experiência. Se fossem, seria intuitivo admitir que a previsibilidade das respostas às duas perguntas seria, de forma correspondente, simétrica e oposta.

Uma segunda hipótese, desdobrada da anterior, é que não apenas a doença não é o contrário da saúde e vice-versa - ou seja, que não falam da mesma coisa, mas também que não falam do mesmo modo. A objetividade previsivelmente maior das respostas à pergunta sobre o estar doente dá-nos indícios disso. Imaginando que tivéssemos o resultado da pesquisa sobre a saúde, como compreenderíamos seu significado? De que estariam falando aquelas pessoas que se declararam saudáveis? Em que exatamente difeririam daquelas que se declararam não-saudáveis? De outro lado, não seria difícil compreender que aqueles que respondem que sim, estão doentes, se referem a dores, limitações, desconfortos, alterações na forma ou função de tal ou qual órgão. Portanto, não é apenas na previsibilidade, mas também na inteligibilidade que saúde e doença se diferenciam.

O bom senso, contudo, mostra-nos ser fato que, no senso comum, é impossível dissociar as noções de saúde e doença, que uma noção está sempre remetida à outra. Partindo deste fato e desenvolvendo as hipóteses acima é que pretendemos sustentar a tese central do presente ensaio: *fazer equivaler saúde e doença a situações polares de uma mesma coisa, identificadas*

segundo uma mesma racionalidade, é tão limitante para a adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida cotidiana.

Saúde e doença como coisas diferentes

Quando tomamos a situação da pesquisa imaginária acima proposta e percebemos que falar sobre saúde não equivale a falar sobre não-doença e falar sobre doença não equivale a falar sobre não-saúde, rastreamos, por meio de um simples exercício de linguagem, um aspecto prático da maior importância. Importante porque a doença, seus conceitos e seu manejo prático têm ocupado lugar destacado num amplo debate, justamente porque se tende a ver nela a negação do seu contrário, e no grau elevado dessa negação parte susbstantiva dos males que se quer superar. Com efeito, vivemos hoje no Brasil um processo de revisão crítica das tendências tomadas pelas práticas de saúde, crítica que, embora ampla e multifacetada, circula em torno de algumas questões comuns, como a recusa da visão segmentada, que não enxerga a totalidade do paciente e seu contexto; a abordagem excessivamente centrada na doença, não no doente; a pobreza da interação médico-paciente e o fraco compromisso com o bem-estar do paciente (DESLANDES, 2006). É como se dissessemos: olhemos menos para a doença e então conseguiremos olhar mais para o doente.

Essa forma de equacionar a questão, embora comprehensível, parece ter limites práticos evidentes. Antes de qualquer coisa, porque há sempre o risco de dividir falsamente nossos esforços, teóricos e práticos, em sentidos supostamente opostos de uma suposta mesma direção - aqueles voltados para a promoção da saúde, de um lado, e de outro, aqueles voltados para a prevenção e o combate à doença. “Satanizar” os desenvolvimentos científico-tecnológicos, o conhecimento fisiopatológico, genético, os conhecimentos sobre a doença, enfim, como um olhar em detrimento do qual se sacrifica o olhar para a saúde, é o principal perigo.

Algumas proposições relativamente recentes tentam fugir dessa armadilha, ao propor que o olhar para a saúde não significa mudar o olhar apenas de sentido, mas sim de direção - isto é, apontam para a necessidade de uma ruptura paradigmática. Não se trata, portanto, de negar, mas de superar o modelo médico tradicional em uma nova visão, na qual haja espaço para

reconstruir as práticas dando mais atenção à saúde, como nas propostas do movimento da Promoção da Saúde (BUSS, 2003). Tal movimento será, contudo, insuficiente para superar a estéril polarização acima apontada, se não levar a superação que persegue até o plano mais radical em que se coloca em questão não apenas o que descrevem, a que se referem os conceitos de saúde e doença, mas também o que significam essas descrições. Do contrário, embora de modo diverso, vamos continuar polarizando “os da doença” e “os da saúde”.

Exemplo disso é a clássica distinção que Stachtchenko e Jenicek (*apud* BUSS, 2003, p. 35) estabelecem, ao comparar o paradigma da promoção da saúde com o de prevenção de doenças. O primeiro entenderia a saúde como um conceito positivo e multidimensional, e para o segundo a saúde seria ausência de doença. Esse tipo de polarização, por exemplo, obscurece o fato de que a ausência ou redução de doença é, efetivamente, um dos indicadores que usamos para avaliar se estamos conseguindo promover saúde. Por outro lado, se não houvesse uma referência positiva, algum tipo de valoração, sempre multidimensional, que nos orientasse sobre o que positivamente desejamos em relação aos nossos modos de andar a vida, não teríamos a concepção fisiopatológica de doença na qual, ainda hoje, estão radicadas as ciências biomédicas modernas (CANGUILHEM, 1982). A polarização obscurece, portanto, que há uma dimensão positiva de saúde por trás do conceito supostamente negativo de doença.

Assim, o que está interrogado no título da seção inicial deste ensaio não é o primeiro nem o segundo termo da alternativa, é a própria alternativa. É o “ou”. O que se coloca no centro da mudança paradigmática que estamos buscando, seja chamando de humanização da saúde, de promoção da saúde, de medicina centrada no paciente, ou em outras proposições afins, não é saber qual paradigma está centrado na saúde e qual está centrado na doença, mas saber a que se referem saúde e doença em cada um deles e, mais além, perceber o que se está efetivamente fazendo ao falar de saúde e de doença em cada um deles.

A conceituação biomédica da doença (CAMARGO JUNIOR, 2005) pode ser caracterizada, sinteticamente, por um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientados normativamente pela noção de *controle técnico* dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o *conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de *critérios a priori* para o controle das incertezas. Assim

se configuram, basicamente, nossos conceitos modernos de doença. Mudanças importantes ocorreram desde as primeiras elaborações mecano-funcionais dos séculos XVII/XVIII (LUZ, 2004) até as atuais soluções probabilísticas do raciocínio causal-controlista nos discursos biomédicos sobre as doenças (AYRES, 2002), mas no plano de abstração em que situamos esta reflexão é possível afirmar que ainda nos situamos fundamentalmente no mesmo regime discursivo¹ acima resumido.

Há aspectos nesta definição do discurso biomédico que nos indicam por que nos pareceu tão mais previsível a avaliação dos resultados da pesquisa hipotética acerca do estar doente, no exercício proposto no início. Quando recorremos ao termo *doença* na linguagem ordinária, já nos colocamos numa área de discursividade construída com base neste ideal mesmo de previsibilidade, materialidade e controle. Deste caráter instrumental do conceito de doença advém parte significativa do valor pragmático deste discurso. Mas e quando falamos de saúde? Podemos dizer que, ao falar de saúde na linguagem comum, estamos também nos colocando no registro de um discurso orientado por algum tipo de interesse instrumental? Baseiam-se nossos juízos relativos à saúde em alguma preocupação com regularidades causais? Necessitamos de algum controle *a priori* para nos certificarmos, a nós e nossos interlocutores, sobre a verdade do que falamos?

É possível que muitos dos que respondessem à pergunta sobre sua saúde o fizessem a partir de um critério negativo, relativo à doença e, nesse sentido indireto, recorressem a critérios causal-controlistas: “Não, não estou saudável” (“porque minha glicemia está elevada”; ou “porque tenho o vírus HIV”). Mas outras pessoas hiperglicêmicas ou soropositivas para o HIV poderiam responder legitimamente que se sentem saudáveis. Inversamente, outros que respondessem não estar saudáveis não estariam, em sua maioria, hiperglicêmicos ou soropositivos. Entre os que respondessem estar saudáveis, seriam esperados e igualmente aceitáveis discursos também substantivamente diversos em suas estruturas e significados: “Sim, estou saudável” (“porque me sinto bem”; “porque sou muito ativo, empreendedor”, “porque consigo fazer minhas coisas”, “porque não dependo de ninguém”, “porque estou feliz”, “porque sou capaz de enfrentar qualquer desafio”, “porque não sinto falta de nada”, “porque tenho apetite para tudo”, “porque tenho paz interior”, “porque sinto uma energia boa”, “porque me sinto em harmonia com a vida”, “porque sim, não consigo explicar!”...).

Se aceitamos que falamos de coisas diferentes quando falamos de saúde e doença - isto é, se dizer que há saúde não é o mesmo que dizer que não há doença e vice-versa -, a questão agora é compreender as diferenças no modo como os discursos da doença e da saúde participam do que, na falta de melhor termo, chamamos de paradigma biomédico e das propostas que querem superá-lo. Entendo que o que se recusa no paradigma biomédico - no plano de sua operação nas práticas de atenção à saúde, é preciso que fique claro - é o modo como o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde, a ponto de jogar na sombra todos os discursos da saúde que não se estruturem pelo raciocínio causal-controlista. Ou seja, não é que falte saúde na discursividade biomédica, ou aspectos positivos na sua conceituação. O problema é a *profunda assimetria entre a legitimidade que se confere aos discursos causal-controlistas e outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença*. Outras elaborações, como as rastreadas acima pelo nosso experimento lingüístico, ou são depreciativamente afastadas por irrationais (como as noções mais subjetivas de afetos, sentimentos, desejos), ou são alinhadas de modo sistêmico aos raciocínios causal-controlistas da fisiopatologia, como desencadeantes ou efeitos de regularidades morfo-funcionais - positivos se o enfoque está na normalidade fisiológica, negativos se o foco se volta para os riscos ou a patologias (anormalidades).

Essa assimetria discursiva deixa à margem tudo que não for subordinável de modo sistêmico ao discurso biomédico, levando as práticas de atenção à saúde nela baseada a serem entendidas, mais cedo ou mais tarde, como “desumanizadas”, além de se mostrarem tecnicamente limitadas.

Dante deste problema, coloca-se a tarefa de conseguir dar o mesmo tipo de tradução objetiva àquelas outras formas de expressão das experiências de saúde e doença, a tarefa de expressar positivamente o que devemos entender por saúde. Mas, nessa busca, nos vemos presos em profundas dificuldades: A quais afetos, sentimentos ou desejos devemos atribuir o sinal positivo da saúde? Quem o definiria? Que regularidades objetivas permitiriam apreender e controlar os obstáculos a essas experiências? (AYRES, 2002). A impossibilidade de responder às perguntas acima sem cair em qualquer tipo de arbitrariedade, idealismo ou mesmo totalitarismo evidencia o segundo aspecto da tese central deste ensaio, o de que não só a doença e saúde não falam exatamente da mesma coisa, mas que também não falam do mesmo modo. Não basta apenas expandir os aspectos ou dimensões que se deseja positivar com aquilo que

dizemos com o conceito de saúde, é preciso dizer de outra forma. A dificuldade de responder às questões acima sem comprometimentos éticos e morais evidentes prende-se ao fato de que a experiência prática de que falamos quando nos referimos à saúde nos remete a uma outra esfera de racionalidade. É o que vamos desenvolver a seguir.

Saúde e doença como expressão de rationalidades diversas

Para que fique clara a posição aqui defendida, talvez valha a pena retomar questões que ficaram sem resposta no parágrafo anterior. Retomemos nossa pesquisa hipotética. A alguém que tenha respondido à segunda pergunta com um “sim, estou doente”, poderíamos seguir questionando: “Qual doença você tem?” Mas não faria sentido perguntar a alguém que tivesse respondido positivamente ao primeiro inquérito: “Qual saúde você tem?”. Talvez precisássemos perguntar: “O que você quer dizer com isso?”. Já para alguém dissesse ter uma doença, essa questão pareceria ociosa, ou mesmo absurda: “O que você quer dizer com estar doente? O que você quer dizer com estar diabético? O que você quer dizer com estar infectado pelo HIV?”. Exceto para alguém que desconhecesse o que denotam esses termos, a pergunta, por sua conotação, não faria o menor sentido. O sentido desses termos já está amplamente validado e aceito entre os participantes de qualquer diálogo a respeito, já está validado intersubjetivamente. Dito de outra forma, uma racionalidade de caráter instrumental já deixou claro de antemão para os participantes do diálogo que o conhecimento das regularidades e irregularidades do nível de glicose circulante em nosso sangue fornece elementos para prever e controlar alterações morfo-funcionais indesejáveis, com efeitos que vão de sensação de fraqueza até a morte. Então é a esse tipo de descrição de fenômenos e de relação de intervenção sobre eles que nos referimos quando falamos em diabetes, por exemplo. O diabetes já se tornou, nesse sentido, um elemento objetivo, um “objeto” sempre à nossa mão.

O leitor pode estar se perguntando por que, então, não logramos fazer a mesma coisa em relação à saúde. Acaso não conseguimos positivar o conceito de saúde porque não nos ocupamos o suficiente com aquilo a que chamamos de saúde, para chegarmos a esse mesmo notável nível de consenso? Essa não me parece a resposta mais convincente, embora em alguns aspectos ela possa ser verdadeira. Penso que, ao contrário, *é porque estamos sempre, o tempo todo, debruçados sobre a experiência a que nos referimos com a expressão*

saúde, que esta não se deixa positivar como conceito. Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer. Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências. O contínuo e inexorável contato com o novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e nossas relações. É a esse processo que está relacionada a abertura relativamente grande do sentido da expressão *saúde*, que encontramos coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local.

Não é, portanto, da ordem do como fazer, segundo interesses e recursos conhecidos, que trata a saúde. É da ordem do quê fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo. É de *caráter contrafático* essa experiência. A saúde é (re)conhecida a cada vez, enquanto e por quanto se vive. São, portanto, da esfera da razão prática (GADAMER, 1997), e não da razão instrumental suas pretensões e exigências de validade discursiva. Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas idéias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2001).

Entender que pelos termos *saúde* e *doença* estamos nos referindo a construções lingüísticas oriundas de esferas diversas de racionalidade em um mesmo campo da experiência humana nos ajuda, de volta, a compreender a afirmação de que esses termos tratam de *coisas diferentes* e ao mesmo tempo *indissociáveis*. Pode-se dizer que a objetividade lograda pelos discursos biomédicos modernos (domínio instrumental da doença) é o produto particular de uma certa racionalidade prática (busca prática da saúde) que conferiu validade ética, moral e política a um certo quê fazer e como fazer que se fizeram preponderantes no Ocidente a partir de meados do segundo milênio da Era Cristã. A racionalidade instrumental biomédica está enraizada nos horizontes normativos desse contexto de sociabilidade. Sua relação com a chamada desumanização prende-se ao fato de que, ao longo de sua história, a aplicação

dessa instrumentalidade perde de vista os processos de transformação e reconstrução prática de suas bases normativas, absolutizando as relações meios-fins sobre as quais se construiu essa instrumentalidade como o discurso sobre saúde por definição. É a manifestação, no campo da saúde, do movimento também vivido em outras esferas da sociabilidade moderna, que Habermas (1988) chama de colonização instrumental ou sistêmica do mundo da vida. Isso posto, a reconstrução das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, com seus pólos positivos e negativos, mas também reclama a tarefa de resgatar o lugar da racionalidade prática como origem e destino de qualquer instrumentalidade nessa área. Isso significa que as dimensões éticas, morais e políticas inexoravelmente presentes nas práticas de saúde (SCHRAIBER, 1997) precisam “sair da sombra” e se tornar, a seu modo próprio, parte ativamente presente e valorizada na produção e aplicação de conceitos e técnicas.

O instrumental e o prático na busca da saúde

Chega-se aqui à tese que sustenta centralmente este ensaio: *a reconstrução de conceitos e práticas de saúde tem como tarefa fundamental liberar nossa capacidade de escolha dos “quê fazer?” em saúde da sua colonização pelos juízos fechados e predeterminados da conceitualidade instrumental da biomedicina*. Não se trata, portanto, de abandonar tais juízos instrumentais, mas de recolocá-los a serviço da racionalidade prática, invertendo suas tendências tardo-modernas.

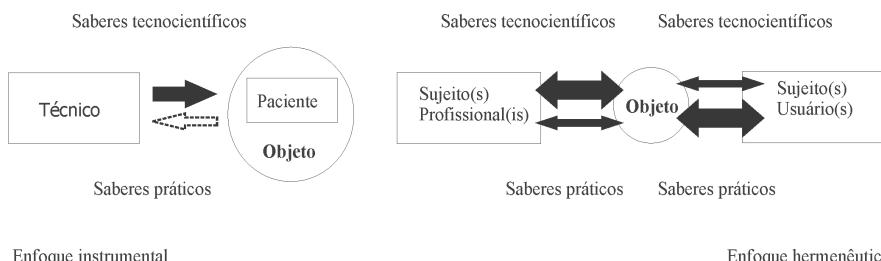
Neste aspecto, nos aproximamos da posição de Lefevre e Lefrevre (2004), quando, a propósito dos debates acerca da promoção da saúde, recusam filosófica e politicamente a busca de alternativas que se coloquem à margem dos discursos e práticas em torno do adoecimento. Defendem a promoção da saúde como uma “negação da negação”, processo de busca radical dos determinantes dos processos de adoecimento e, ao mesmo tempo, do seu significado como obstáculos ao bem-estar:

[...] enquanto negatividade, a doença tem condições de chamar a atenção e sinalizar, para o homem, que alguma coisa não vai bem com os indivíduos ou com as coletividades doentes e que, portanto, é preciso fazer alguma coisa não apenas para afastar a ameaça que a doença representa mas, também, para entender a natureza íntima dessa ameaça...” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p. 33-34).

É também por entender que o instrumentalismo biomédico está em linha direta com a racionalidade prática, e que, por isso, sinaliza os obstáculos à “Boa Saúde”, identificados contrafaticamente, que julgamos ser fundamental uma aproximação entre saúde e doença, não ao modo imediatamente instrumental de construção de objetos para intervenção, mas ao modo de uma *hermenêutica* (GADAMER, 2004), isto é, de processos interpretativo-compreensivos que elucidem seus significados do adoecer para sujeitos e contextos de intersubjetividade, na procura cotidiana do bem-viver (AYRES, 2002).

O que faz a diferença aqui é a presença ativa dos sujeitos, no sentido forte do termo. Não se trata do propalado “sujeito-alvo” das ações, isto é, indivíduos ou comunidades na estrita condição de substratos da objetivação causal-controlista dos fenômenos do adoecimento; tampouco do sujeito técnico como estrito portador dos saberes e instrumentos capazes de identificar e transformar regularidades causais. Trata-se da presença de ambos, usuários e profissionais, populações e serviços, como portadores de compreensões e projetos relativos à existência compartilhada, que precisam tomar decisões acerca de “Que fazer, ou não fazer?” (Por quê? Para quê?) e “Como fazer” (Com que meios? Em que medida? A que custos?). Trata-se de uma mudança bastante radical de posições, expressa de modo simples no esquema abaixo:

O lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde



Valorizar a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um

substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles. Sob esta perspectiva, a instrumentalidade não é suprimida, nem tampouco suprime a presença subjetiva de qualquer um dos dois lados da relação. Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro.

O esquema quer ainda assinalar que há evidente assimetria entre as contribuições de ordem técnica e de ordem prática que cabem a cada um dos sujeitos em interação na produção dos objetos de conhecimento/intervenção. Por outro lado, sempre há saberes dessas duas ordens na contribuição de cada um, ainda que os saberes tecnocientíficos dos usuários/populações sejam mais difusos, menos rigorosos, e os saberes práticos dos profissionais/serviços sejam mais externos, mais aproximativos às experiências concretas sobre as quais são chamados a intervir. Destaca-se ainda que, quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos.

O enfoque hermenêutico e o cuidado de indivíduos e populações

Ao conduzirmos a reflexão acima para esses planos mais concretos de aplicação ao cuidado de indivíduos e populações, podemos retraduzir a co-presença e inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos em duas esferas de racionalidade que orientam os interesses que movem as ações de saúde: *êxito técnico* e *sucesso prático* (AYRES, 2001).

Por êxito técnico queremos nos referir à dimensão propriamente instrumental da ação - por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente, ou da

incidência desses agravos numa população. Por sucesso prático queremos remeter à dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana - por exemplo, o que significa na vida de um usuário ou de uma população a identidade de hipertenso, tomar remédios, fazer controles periódicos, ser vítima de um infarto do miocárdio etc. O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações.

Uma questão que permanece, porém, não discutida, é o problema da base normativa que dá sustentação à racionalidade prática, isto é, à busca do sucesso prático que vai orientar as escolhas e avaliações sobre os “Que fazer?” nas ações de saúde. Se, conforme foi dito acima, assume-se radicalmente o caráter contrafático e intersubjetivo do valor saúde, que critérios poderão nos guiar acerca de quais males tomar como objeto, em que sentido interferir sobre eles e quais estratégias e recursos privilegiar para fazê-lo? Se no registro da racionalidade instrumental estas questões ou estão fora de seu campo de problematização ou já têm definições *a priori*, de caráter teleológico, no registro da racionalidade prática, há que problematizá-las ativa e continuadamente, com a flexibilidade e dinamicidade possível a cada situação de prática, sob pena de interditar os encontros intersubjetivos reclamados no cuidado à saúde. Interdição, neste caso, devida não à colonização da racionalidade prática pela racionalidade instrumental, mas pela absolutização e generalização indevida de posições práticas particulares (éticas, morais e políticas), como já discutimos acima. Há que ser, portanto, de caráter reconstrutivo e processual esta referência normativa, aberta ao devir e ao compartilhamento, e sempre interessada nos valores e aspirações negados pelos processos de adoecimento. A uma tal referência normativa chamamos de *projeto de felicidade* (AYRES, 2001).

Pela expressão *projeto de felicidade*, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação. Não há espaço para explorarmos muito extensivamente esta complexa proposição, mas será preciso deixar claros ao

menos alguns aspectos conceituais mais centrais, para que sejam mais bem compreendidas suas pretensões.

Em primeiro lugar, a idéia de projeto. Largamente tributária da tradição ontológico-existencialista que, com nuanças, se desdobra da primeira filosofia heideggeriana de Ser e Tempo até a hermenêutica filosófica gadameriana (GRONDIN, 1999), a noção de *projeto* envolve aqui uma compreensão da situação existencial humana que é a de um “estar lançado”, uma existência que se constrói em e a partir de diversas condições predeterminadas e determinantes da vida humana, desde suas heranças genéticas até suas heranças culturais. Mas o Ser do humano é, ao mesmo tempo, um “ser-para” e “ser-com” que, a cada momento (o agora existencial, perene e finito a um só tempo), torna o sentido e significado das diversas heranças recebidas (passado) sempre dependentes de um apropriar-se ativa e criticamente delas (presente), conforme os interesses de seguir vivendo (futuro).

Esse aclaramento é relevante para chamar a atenção para o fato de que, quando falamos de projeto de felicidade, não se trata de um projeto no sentido da definição de tarefas, recursos e prazos para o alcance de determinadas finalidades. O projeto, no sentido acima descrito, implica determinantes conhecidos e desconhecidos, determinações causais e não-causais, trabalháveis e não-trabalháveis; implica devir, implica uma temporalidade não-linear, não-cumulativa, e uma própria temporalização plástica. Isto é, uma compreensão de passado, futuro e presente como experiências co-existentes e, em sua co-existência, ilimitadamente ressignificadas. Implica também intersubjetividade e interação, que conferem novidade ao que já era sempre nosso, pelo modo como nos reappropriamos continuamente de nossa existência comum.

O mesmo tipo de esclarecimento se faz necessário em relação ao termo *felicidade*. Também objeto de diferentes abordagens filosóficas, que passam por nomes como Aristóteles, Espinosa e Kant, a felicidade, no sentido que se quer adotar aqui, é uma espécie de sentido último de toda a práxis (GADAMER, 2002). Não pode ser delimitada de modo tão positivo quanto a idéia de projeto. Ela é uma idéia reguladora, que se relaciona com uma série de estados ou condições materiais e espirituais, mas não se confunde com eles e não pode ser garantida *a priori* por nenhum deles. Por outro lado, a felicidade não esgota suas exigências e potencialidades no alcance de qualquer desses estados ou condições: uma experiência de felicidade que se alcance em um dado momento se buscará, no mínimo, preservar. A experiência da felicidade evidencia, com

seu devir, outras possibilidades de apropriar-se da existência e, portanto, novas exigências para sua permanência. Ela convive o tempo todo com infelicidades - interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias. É para a superação desses obstáculos que a felicidade vai apontando caminhos para a ação. Dito de outra forma, a felicidade é um valor construído com base em experiências concretas e fundamentais para a vida humana, mas sua concretude está mais no seu poder de nos tornar conscientes daquilo que vivenciamos como Bem do que na definição do que seja isso.

Outro aspecto a ser destacado é que uma certa situação envolvendo sofrimento, dor, limitação, pode representar, para um dado sujeito, o caminho pelo qual se realiza sua busca da felicidade. Na condição de norte existencial a que nos referimos acima, ela expressa uma possibilidade de existência como ser próprio desse sujeito. Não se quer dizer com isso que esta seja uma situação que devamos aceitar passivamente e com a qual devamos nos conformar. Ao contrário, se percebemos esse paradoxo, em nós ou em outros, isso significa que concebemos outras experiências de felicidade negadas naquela experiência e nos vemos, portanto, compelidos a convidar o outro a alguma transformação. Note-se que, mesmo nessas condições paradoxais em que julgamos que um norte prático é, por impotência, compulsão ou quaisquer outras razões, a repetição ou manutenção de experiências negadoras da Boa Vida, a busca de felicidade não perde nada de sua positividade existencial (e, por isso mesmo, de sua fecundidade compreensivo-interpretativa).

Por fim, cabe chamar a atenção para o fato de que a busca contrafática e existencial da felicidade remete imediatamente às interações, à dialética individual-coletivo, social-pessoal, público-privado. Não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos. Vivemos na *polis*. Por isso a felicidade é um ideal eminentemente *político*. A partir de nossas interações, reconstruímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos concretos do que vamos a cada vez entendendo por felicidade.

E como podemos, então, lidar com essa noção de projeto de felicidade no cotidiano de nossas práticas de saúde? Como buscar essas totalidades compreensivas para orientar ou avaliar as ações de saúde? Por tudo o que dissemos acima, teve ter ficado claro que não devemos lidar com os projetos de felicidade de indivíduos e populações como se fossem alguma espécie de “planejamento”. Antes que uma “planilha”, onde são fixados metas, recursos e

estratégias, a idéia que mais se aproxima à do projeto de felicidade é o de uma obra de arte - uma *pintura*, um poema, uma escultura - pela qual se expresse a vida e o aspecto de saúde em questão.

Como autor dessa obra (projeto), o sujeito interessado na ação de saúde (o usuário, a família, a comunidade, uma população) pressupõe que ela será apreciada por alguém (o profissional, a equipe, o gestor, outros sujeitos como ele). Já se põe, então, em contato consigo mesmo e com o outro ao se expressar. Ao retratar seu projeto de felicidade, trará elementos narrativos que, embora co-existentes (e porque co-existentes), pressupõem uma história, um sentido para estarem ali. Cada elemento constrói o sentido do todo retratado e, simultaneamente, recebe deste todo o seu próprio sentido.

Além disso, na expressão do projeto de felicidade, como na produção do poema, da pintura, da escultura, misturam-se razão e afetos, luz e sombra, o explícito e o suposto, o retratado e o não-retratado, o retratável e o não-retratável. O projeto de felicidade é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva. Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivências dos sujeitos. É o todo que dá sentido a uma parte, sem que o todo seja absoluto, nem a parte definitiva. Sabe-se que a realidade não está toda contida ali e que aquela é apenas uma entre outras expressões possíveis da realidade, mas há uma verdade ali que, naquele momento, reclama reconhecimento, compartilhamento e ação.

Em síntese, o que o enfoque hermenêutico da saúde aqui defendido propõe para a reconstrução humanizadora das práticas de saúde é que *profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações.*

Do conceito à ação: a fusão de horizontes e a hermenêutica no cuidado da saúde

Como princípio prático-moral, a proposição acima parece bastante razoável. Como proposta de reconstrução por dentro das ações de saúde, por

meio de suas técnicas e ciências, há, contudo, muito que pensar e fazer. O impacto que o giro hermenêutico produz sobre conceitos e práticas arraigadas é de tensão, estranhamentos e resistências. Muito já tem sido produzido e experimentado nessa direção, entre as diversas propostas reconstrutivas acima indicadas, mas são muitas também as dificuldades, de modo que ainda não é possível ter-se um juízo mais consistente sobre os resultados práticos de uma aplicação sistemática e extensiva dessas propostas.

Cabe, de qualquer forma, apontar a relevância de alguns dispositivos no manejo técnico dessas propostas reconstrutivas, já suficientemente evidente na experiência cotidiana dos serviços de saúde. Um elemento que se mostra central nesse sentido é o *diálogo*.

Evidentemente não nos referimos aqui ao diálogo como mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, forma de produzir uma narrativa estruturada segundo esse interesse, que é o modelo típico da anamnese clássica. O sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica é o de *fusão de horizontes* (GADAMER, 2004), isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados.

Quando se trata do cuidado individual (AYRES, 2004), essa busca de fusão de horizontes se dá com o recurso aparentemente simples, mas pouco utilizado, de um perguntar efetivamente interessado no outro e a escuta atenta e desarmada frente à alteridade encontrada. Perguntas simples, como “O que você acha que você tem?” ou “O que você pensa que pode ser feito por você?”, por exemplo, podem ser um excelente dispositivo para desencadear a fusão de horizontes entre profissionais e usuários, porquanto permitirá aproximar as racionalidades práticas e instrumentais de que se vai precisar dispor para realizar o encontro cuidador. Mas quantas vezes nos lembramos de fazer perguntas deste tipo no cotidiano da atenção à saúde?

Outras formas de comunicação não-verbal são também relevantes para facilitar o encontro cuidador. Basta lembrar a força do olhar. Quando olhamos para alguém que busca nossos cuidados, não interessados apenas em enxergar

regularidades morfo-funcionais - coloração da pele e mucosas, características da marcha, ritmo respiratório, etc. - muito nos pode ser dito. Quantos de nós, profissionais de saúde, já não tivemos a experiência de ouvir alguma coisa de um usuário, mas, ao olhar para ele, perceber que ele está dizendo outra coisa bem diferente?! Da mesma forma o nosso modo de tocar, nossa postura corporal, nosso gestual, as atitudes de responsabilidade, acolhimento e compromisso que demonstramos com nossas ações, o ambiente onde nos encontramos, todos esses aspectos devem ser lembrados quando se trata de potencializar o diálogo no encontro cuidador.

Mas não é apenas para o encontro entre indivíduos que deve ser reclamada a centralidade do diálogo no cuidado. Por outros mecanismos, ainda que em processos certamente mais morosos e menos sutis, é possível e necessário promover a fusão de horizontes entre profissionais e gestores, de um lado, e populações, do outro. Toda a discussão em torno das análises de vulnerabilidade e correlativa construção de estratégias para sua redução têm demonstrado o quanto uma efetiva resposta social, produzida por meio do envolvimento, escuta e participação ativa dos diversos segmentos populacionais envolvidos nos contextos sócio-sanitários em questão, é condição decisiva para a transformação dos cenários epidêmicos (AYRES *et al.*, 2006). Sensibilização da opinião pública, pelos meios de comunicação, a potencialização da auto-organização de grupos populacionais específicos, a construção de espaços de reflexão e fornecimento de suporte material para ação desses grupos, a abertura de canais de participação e controle social de serviços e políticas de saúde, as práticas de discussão de casos, educação permanente e avaliação de serviços pelas equipes multiprofissionais, são exemplos de processos dialógicos nesse plano mais macro, nos quais se espera igualmente que saberes práticos e instrumentais de sujeitos diversos se encontrem e enriqueçam mutuamente, fundindo seus horizontes.

Essa vocação irresistivelmente dialógica dos arranjos tecnológicos do cuidado em saúde orientado por um enfoque hermenêutico, seja no plano individual ou coletivo, corrobora a impossibilidade, que apontávamos acima, de basear em qualquer critério normativo de caráter prático uma definição *a priori* dos “Que fazer?”. Um diálogo é essencialmente uma interação aberta. O curso de um diálogo pertence tanto a seus interlocutores quanto estes lhe pertencem. Enquanto há diálogo é porque há mais o que saber, é porque há mais a se dizer. Por isso, ao concluir esta reflexão, o máximo a que podemos chegar na procura de uma conceituação de saúde de caráter prático, não subordinada à

discursividade biomédica, sem tampouco se dissociar dela, é uma proposição ao modo de uma descrição procedural. Uma construção que nos lembre do caráter contrafático, existencial e intersubjetivo da experiência da saúde e que nos aponte caminhos produtivos para manter a fecundidade dialógica de nossa participação profissional nessa experiência. É nesse sentido que nos aventuramos a definir saúde como *a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade.*

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- _____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- 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, 2006. p. 375-417.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; COSTA, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p 15-38.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, supl., p. 177-201, 2005.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- DESLANDES, S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

- _____. Pósfácio à 3^a. edição (de *Wahrheit und method*, 1972). In: _____. *Verdade e método II*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 508-544.
- GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1988.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

NOTAS

* Médico sanitarista, Professor Titular no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Endereço eletrônico: jrcayres@usp.br.

¹ O conceito de discurso e sua aplicação às análises aqui desenvolvidas estão amplamente apoiados na Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas (1988).

ABSTRACT

A Hermeneutical Concept of Health

This is a reflection on the concept of health. The central thesis of the essay is that the assumption of health and disease as opposite polar situations of a same nature of phenomenon, identified by means of a same rationality, is as limiting to an appropriate understanding of these two discursive constructions as it would be the ignorance of their close relationships in daily life. Based on Hans-Georg Gadamer's Philosophical Hermeneutics and Jürgen Habermas' Theory of Communicative Action, we seek to demonstrate that the concepts of health and disease are referred respectively to practical and instrumental interests in the rational elaboration of *lived experiences* of the processes of health-disease-care. We sustain that the darkening of these distinctions is due to the "colonization of our lives experience" by the conceptual structures of the biomedical sciences. We stress the need to oppose to this trend a reconstructive movement, the so called humanization of health practices, by becoming all of us, professionals, services, programs and health policies, more sensitive, critical and responsive to the *practical successes* always aimed by means and beyond any *technical efficacy* in health care.

Key words: Health concept; health care; philosophy; hermeneutics.