



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Ayres de Carvalho Mesquita, José Ricardo
Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 6, núm. 1, 2001, pp. 63-72
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63060105>

- ▶ 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

Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde

Subject, intersubjectivity, and health practices

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres¹

Abstract This article discusses the concept of subject as used in health practices. The underlying thesis is that the predominant concept of subject in the health field is not in keeping with the values and premises currently orienting the renewal of health concepts and practices, which defend the relational, pragmatic, and reconstructive nature of subjective identities as opposed to the individualistic, *a priori*, and objectified approach prevailing in practice in the health sector. This reflection leads to the defense of changes in health practices, based on interrelated theoretical/philosophical twists: a) as a priority, replace the notion of subject with that of contexts of intersubjectivity, in the construction of categories for knowledge and intervention; b) subsume the interest in the technical control of diseases within the broader idea of practical success in projects for human happiness, in defining goals for intervention; c) transformation of care, in the attitude orienting the set of actions focused on individuals' health.

Key words Health practices, Subject, Intersubjectivity, Care

Resumo Neste artigo se discute o conceito de sujeito utilizado nas práticas de saúde. Parte-se da tese de que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com valores e pressupostos que orientam as principais propostas de renovação de conceitos e práticas de saúde na atualidade. Defende-se o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, contra o caráter individualista, *a priori* e objetificado prevalente nas práticas do setor. Desdobra-se desta reflexão a defesa de transformações das práticas de saúde, com base em "giros" teórico-filosóficos, relacionados entre si: a) secundarização da idéia de sujeito em favor da idéia de contextos de intersubjetividade, na construção de categorias para o conhecimento e intervenção; b) subsunção do interesse pelo controle técnico das doenças na idéia mais abrangente de sucesso prático de projetos de felicidade humana, na definição das finalidades da intervenção; c) transformação do cuidado, na atitude orientadora do conjunto das ações voltadas para a saúde das pessoas.

Palavras-chave Práticas de saúde, Sujeito, Intersubjetividade, Cuidado

¹ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar, sala 2.220 – 01246-903 – Cerqueira César – São Paulo – SP. jrcayres@usp.br

Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou porque você é. (Provérbio da tradição Zulu – África do Sul)

Perigo e oportunidade: o contexto da reflexão

É comum ouvirmos falar da crise da saúde; em particular, da crise da saúde pública. Alguns falam de crise econômica, outros de crise do modelo assistencial, outros ainda de crise paradigmática. A profusão de novas, ou renovadas, propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços ou do desenvolvimento da assistência são evidências práticas da inquietação e necessidade de revisão que surgem nos discursos mais genéricos sobre a tal crise. Propostas recentes, como saúde da família, vigilância à saúde, promoção da saúde, suporte social, redução de vulnerabilidade, conceituação positiva de saúde, são evidências de que não podemos dizer que vivemos exatamente um período de normalidade das práticas de saúde – tomando de empréstimo a consagrada expressão kuhniana (Kuhn, 1989).

Com efeito, parece fazer já parte do senso comum do campo da saúde a percepção de que vivemos um momento crítico e é dessa percepção mesma que parte a proposta de reflexão deste ensaio, mais especificamente da dimensão filosófico-conceitual dessa crise, da chamada crise paradigmática.

Mas partiremos de uma percepção de crise que não é exatamente aquela mais prevalente no senso comum, a de problema, destruição, pessimismo. A própria prodigalidade de novas propostas já indica que, em períodos de crise, se há uma forte percepção de limites, de esgotamento de padrões até então tidos como os melhores ou aceitáveis, há também uma perspectiva de renovação, de criação. Parece muito sábio, nesse sentido, o tradicional simbolismo do I Ching, quando representa crise com dois hexagramas, indicando simultaneamente perigo e oportunidade. Também na crise da saúde podemos ver perigo e oportunidade.

As oportunidades, como já foi dito acima, estão aí fartamente colocadas nas novas propostas em discussão e aplicação: o SUS ganhando novo ímpeto com as propostas dos Programas de Saúde da Família (PSF); a atenção primária recuperando seu prestígio, eclipsado durante décadas por uma aposta excessivamente “hospitalocêntrica”; discussões de

quadros como o da vulnerabilidade ou da promoção da saúde resgatando, em mais um “renascimento da fênix” médico-sanitária (Mendes-Gonçalves, 1994), a importância das relações entre saúde e relações sociais.

Os perigos não são tão evidentes, mas andam de braços dados com as oportunidades. O mais central entre eles parece ser o das ideologias vazias, no sentido genérico com que o marxismo, especialmente, se referiu às idéias que nos imobilizam, que nos mantêm estáticos, em sua aparência de movimento e transformação. Vícios ideológicos podem fazer das propostas de PSF, tão somente, um rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perverso na perspectiva econômica; podem fazer das propostas de promoção da saúde um nova forma de manter a atenção primária numa posição marginal à organização da assistência à saúde e reiterar a equivocada compreensão de seu modo de ação como uma “tecnologia simplificada”; podem fazer da vulnerabilidade apenas um jargão da moda, obstaculizando a riqueza de relações que podem ser estabelecidas entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas para a construção de conceitos e estratégias preventivas mais ricas e eficazes.

Nesse momento de crise, o grande norte passa a ser, então, explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadas as paralisantes deformações ideológicas. E como fazê-lo? Não há antídoto mágico, sabemos. De um lado, a expansão das oportunidades abertas pela crise depende da *ação* e do *compromisso*, amalgamados por uma solidariedade social pacientemente construída pela *interação democrática*. De outro lado, como sentinelas da constante e verdadeira abertura democrática desse processo de construção, é a reflexão crítica que não pode ser negligenciada. Para isso nos serve a teoria; esse é o sentido de qualquer empreendimento filosófico na contemporaneidade (Habermas, 1989). É sob essa perspectiva mesma que se pretende somar a contribuição deste ensaio.

Situando-nos, então, no âmbito da crise paradigmática e na perspectiva da reflexão crítica, pensamos ser o momento oportuno para revisitarmos filosoficamente um elemento conceitual que está no centro das mais progressistas proposições no campo da saúde na atualidade: a noção de *sujeito*.

O lugar do sujeito nas práticas de saúde

Nos dicionários de filosofia, o substantivo “sujeito” está relacionado a muitos diferentes significados, dependendo do sentido em que aparece, que vai do puramente gramatical ao metafísico (Runes, 1985; Lalande, 1993). No plano em que nos interessa aqui, vamos estar falamo de sujeito como “o ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações” (Lalande, 1993); “... que existe não só *em si*, mas *para si*, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal” (Idem, idem). Esta nos parece ser a concepção mais pregnante de sujeito nos discursos da saúde, especialmente do campo da saúde coletiva, legado da forte influência hegeliano-marxiana no pensamento sanitário brasileiro.

Há dois tópicos fundamentais onde encontramos esse sujeito de traços hegelianos em nossos discursos. O primeiro é relativo à *identidade* dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às “reais necessidades de saúde da população”, surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à *ação transformadora*, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos “tornem-se sujeitos de sua própria saúde”, outra surrada expressão, de que certamente cada um de nós já fez uso alguma vez.

Ora, encontrar os sujeitos, esses seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história, está no centro de todas as propostas renovadoras acima apontadas. Mas será que temos refletido suficientemente sobre essa categoria tão central a essas propostas? Será essa concepção de sujeito, que temos usado tão acriticamente, adequada aos valores que têm norteado nossos ímpetos de renovação? Muito particularmente no campo da prevenção, onde talvez ainda mais do que no campo do tratamento ou da reabilitação, se cobra a presença do sujeito na orientação de

nossas intervenções, será essa concepção de sujeito verdadeiramente produtiva?

A tese que se quer aqui defender é a de que não, *a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade*. Dois núcleos de significação implícitos nessa concepção de sujeito parecem-nos problemáticos, nesse sentido. O primeiro é a idéia de *permanência*, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que “faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal”. O segundo é a idéia de *produção* em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana.

O que se quer defender aqui é uma revisão, com base em já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea (Ricoeur, 1991; Habermas, 1990; Rorty, 1994; Gadamer, 1996), que leve à subsunção dessa concepção de subjetividade (subjetividade querendo denotar aqui simplesmente o ato ou estado de ser sujeito), em uma conceituação mais rica. Uma conceituação de subjetividade em que a idéia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a idéia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens. Voltaremos mais adiante a essas mudanças. Cabe, antes, chamar a atenção para o fato de que ambas as passagens dependem de que superemos também os pressupostos solipsistas e fundamentalistas que permanecem na base de nossa concepção mais habitual de sujeito, por mais que não nos demos conta disso. Dependem de que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, *o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*.

Uma metáfora para a (inter) subjetividade que somos

Em um antigo texto seu, o filósofo sulista Ernildo Stein (1976) fazia referência a uma alegoria utilizada por Kant, na crítica da razão

pura, que pouca atenção recebera na literatura filosófica desde sua publicação, mas que lhe parecia muito fecunda: a alegoria do vôo da pomba. Stein chama a atenção para o fato de que o que mais lhe impressionara na alegoria eram certas possibilidades interpretativas que, admitia, não eram exatamente aquelas a que Kant recorreu no seu uso original. O mesmo ocorre aqui. O texto de Stein nos alertou para a fecundidade da alegoria kantiana, a qual, no entanto, será utilizada aqui com propósitos bem diferentes da intenção de discutir a metafísica, tal como aparece na obra original, ou a questão da finitude e da transcendência, veio explorado por Stein. Nos interessa aqui perceber como, na metáfora do vôo da pomba, é possível identificar elementos representativos de uma visão de sujeito mais fecunda do que aquela que nos legou a filosofia moderna do sujeito. Diz o texto:

A leve pomba, enquanto, em seu livre vôo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo

O vôo sonhador da pomba pode ser tomado como uma vigorosa metáfora do *ato identificador*, da atribuição de predicados aos diferentes momentos da experiência que nos faz constituir, simultaneamente, nossos mundos e nós mesmos (Heidegger, 1995). Ela remete ao processo de construção de identidades que nos indica uma inexorável dialética de negar construindo/construir negando, tão difícil de expor em palavras e tão claramente expressa na metáfora kantiana.

Interessa-nos particularmente um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessa-nos a experiência de “resistência” que faz surgir esses sujeitos como presenças reais. Troque-se o vôo da pomba pela história humana, a resistência do ar pela presença inexorável do outro e entenderemos a tese que sustenta o presente ensaio: *não existe o sujeito individual*, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro de cada um” (Ricoeur, 1991).

É a partir dessa resistência do outro fora de nós que nos identificamos. É a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo. *In-dividuu*, o que não se pode dividir, o que permanece coeso. Mas

se é do outro que vem a resistência; se são sempre diferentes os predicados que, ao atribuirmos a terceiros, nos identificam, então essa permanência não pode ser “mesmidade” (o mesmo), mas “ipseidade” (pelo mesmo) (Ricoeur, 1991). Isto é, o que permanece no tempo não é sempre um e mesmo predicho que nos define como sujeitos, mas uma auto-diferenciação que se afirma a cada vez que reconheço um outro, o que leva Heidegger (1995) a distinguir a individualidade/eu da individualidade/si. Esta última guarda o sentido forte de sujeito, de subjetividade. Segundo Heidegger, o eu refere-se ao ôntico, ao ente, ao existenciário; o si refere-se ao ontológico, ao ser, ao existencial. Segundo esse filósofo, estamos falando verdadeiramente de sujeito quando nos referimos a essa identidade-si, ao Eu que é “*a cada vez meu*”.

Mas as ambições deste ensaio não vão tão longe até a ontologia, nem haveria competência e espaço para isso aqui. O que se busca com esta hermenêutica da metáfora kantiana da pomba é que a revisita à nossa concepção ingênua de sujeito nos ajude a construir referências conceituais mais fecundas para o campo da saúde. Ficamos todos impressionados com os alcances ainda tão limitados das práticas de saúde, especialmente daquelas que, no nosso jargão, dependem de que “o outro” assuma sua “condição de sujeito da própria saúde”, como é o caso principalmente nas práticas preventivas. Mas já estamos em condições de afirmar agora que, se num plano mais ideológico reclamamos a presença de um sujeito/si, na nossa prática discursiva cotidiana estamos o tempo todo trabalhando com a concepção de um sujeito/eu – que na perspectiva aqui adotada, nem poderia ser rigorosamente chamado de sujeito). Tratamos o sujeito como núcleo individual e permanente de produção de coisas – identidades, artefatos – como mesmidade, portanto. Com isso o transformamos em mais um objeto no mundo. Ao perder de vista, em nossos conceitos e práticas, a ipseidade dos sujeitos, tornamo-nos menos capazes de chegar ao âmago dos processos mais vivos de sua constituição como tal. Assim, escapam-nos, paradoxalmente, as mais ricas possibilidades de participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos no que se refere à saúde.

A metáfora kantiana nos aponta três aspectos que talvez nos ajudem a reconstruir nossa idéia de sujeito de modo mais fecundo

para as práticas de saúde: o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático.

O aspecto relacional encontra-se expresso, na alegoria da pomba, na *indissociabilidade de ar e asa para a idéia de vácuo*. Nada aparentemente mais antagônico que vácuo e resistência, e no entanto é da experiência da segunda que se projeta a idéia da primeira. É dessa vivência substantivamente relacional – resistência é sempre de algo a algo, do ar à asa do pássaro, no caso – que nasce o predicado “vazio”, que cria identidades simultaneamente para o ser voante, que é a pomba, e seu mundo de preenchimentos vividos e vácuos sonhados.

O aspecto relacional remete ao segundo – o aspecto existencial, expresso pelo detalhe de que a experiência da resistência só relaciona o “ser pomba” à sua condição voante e ao seu mundo de resistências e vazios porque, no dizer da alegoria, a pomba pode imaginar voar no vácuo, *porque a pomba sonha*. É porque ela é um ser, não um ente, no sentido heideggeriano, que surge um sujeito e seu mundo. É porque sonha, porque deseja, e quando deseja, que o acontecer da resistência contra suas asas leva a pomba a conceber e construir pássaros, asas, vôos e espessuras no espaço.

Por fim, o aspecto pragmático. É que o sonho da pomba tem uma origem muito clara na metáfora kantiana. É ela o *ato de voar*. De fato, não é senão em ato que a pomba se põe a sonhar com o vazio. E note-se que a partir de, e contra, o ato de voar, no sentido existenciário, plasma-se o vôo como ato existencial, isto é, no exato momento em que constrói uma idéia de *sucesso* para seu vôo, o qual se encontra mais além, na virtualidade de um espaço sem resistência, é que a pomba faz-se pomba. É tratando de vencer a resistência do ar que ela efetivamente voa, e permanece pomba na diversidade dos cenários que percorre voando. No sentido existenciário, o vácuo seria sua impossibilidade mesma de ser pássaro, de nada lhe serviria suas asas no vácuo, mas em sentido existencial é só enquanto mantém em ato o sonho de vencer a resistência do ar que a pomba segue voando, que segue sendo pássaro.

Cabe aqui um importante parêntese. Note-se que o “sucesso” do vôo no vácuo designa uma idéia reguladora, um móvel moral, distinguindo-se nisso da idéia de êxito técnico, do alcance de fins determinados segundo certos meios preestabelecidos. Quando Kant se refere ao suposto sucesso, está apontando para um desfecho que transcende a pura “obje-

tualidade”. O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos (Gadamer, 1996) e é a esse tipo de realização que a alegoria faz menção. Esse aspecto é muito importante para a compreensão do giro filosófico aqui defendido. Como já indicado acima, subsumir a idéia de êxito técnico, ou de *produção* de artefatos, na de *sucesso* existencial é parte fundamental desse giro.

De nossa hermenêutica da alegoria do vôo da pomba podemos extrair, em síntese, três conclusões básicas.

1) Subjetividade não é mesmidade, é ipseidade, é sempre relação, é *intersubjetividade*.

2) O sentido existencial dessa relação é configurado como um *encontro desejante com a circunstância* – o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as compossibilidades de ambos e seu mundo compartilhado.

3) O que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um *sucesso*, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas.

Intersubjetividade, diálogo e práticas de saúde

De posse da arquitetônica conceitual acima, podemos agora nos aventurar a campos de práticas mais concretos onde nós, humanos, nos *reconhecemos* sujeitos. O melhor termo aqui é esse mesmo: reconhecer. A forma verbal expressa a origem pragmática, a ação. A voz reflexiva remete à natureza existencial da subjetividade, o “ser-aí” heideggeriano, que engendra mutuamente o mundo e o seu sujeito. Finalmente, o prefixo “re” indica que a identidade subjetiva é da ordem da ipseidade, da identidade/si, isto é, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro.

Mas socorramo-nos ainda um pouco mais da rica metáfora kantiana. Entre nós, humanos, qual é o correspondente do ar, de cuja resistência promana a experiência do si, do mundo e do sonhar, na metáfora? Essa parece ser uma questão fulcral, que nos poderá conduzir das alturas abstratas do vôo kantiano à iluminação de nossas práticas de saúde. Isto porque o ar é o elemento central da experiência que liga entre si o relacional, o existencial e o

pragmático na alegoria da pomba. No caso de seres humanos de carne e osso, qual é a experiência que põe cada um em contato com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre?

É possível que haja muitas respostas para essa pergunta, mas não parece restar muita dúvida de que um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a *linguagem*. É da linguagem que vem a “resistência” fundamental que nos põe em presença do outro. Heidegger (1995) já afirmara que a linguagem é a morada do ser. Gadamer (1996) completou: o ser que pode ser compreendido (leia-se compreender-se) é linguagem.

Ora, assim como o ar não ganha existência como mundo enquanto não é experimentado pela pomba como resistência ao vôo, também a linguagem só existe como *em ato* (Habermas, 1988). E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão *diálogo*? Podemos então afirmar que *sujeitos são diálogos*.

Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, profissionais da saúde, de buscar *estabelecer* um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, se analisarmos com cuidado, vamos verificar que quando pensamos em “estabelecer” um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos imersos. Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde.

Assim, nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde é sempre interpretada pela pobre versão de um “fracasso”. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas pro-

postas. E a versão do fracasso nos mantém immobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias “mobilizadoras”. Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro; deixamos de colocar em questão porque o grande e imperceptível diálogo que já vínhamois mantendo torna tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, porque esse pequeno diálogo é tão ineficaz.

O que aconteceria se mudássemos de perspectiva? Assumamos que o que importa para nossas aspirações médico-sanitárias é a intersubjetividade com que experimentamos esse campo de práticas. Esse giro irá exigir de nós, sem dúvida, um esforço nada pequeno de reconstrução. A obra de Habermas, um dos mais importantes teóricos dessa constituição dialógica das subjetividades, poderá talvez nos socorrer nesse mister. Tome-se, por exemplo, os três planos fundamentais por meio dos quais, segundo este autor, realizam-se e validam-se os processos dialógicos em geral, quais sejam, o da correção normativa, o da verdade proposicional e o da autenticidade expressiva (Habermas, 1988).

Segundo Habermas, o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apóia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso. Não será difícil verificar as razões do problema a que nos referíamos acima. Basta começar pelo plano de validação normativa desses discursos.

O sentido de correção que norteia nossos discursos está fundamentalmente relacionado à utopia do conhecimento/controle das doenças. Há que se perguntar: é possível imaginar compartilhamento entre nós, profissionais, e as populações-alvo quanto a esse horizonte normativo? Há, efetivamente, um horizonte normativo comum quando nos dirigimos às pessoas orientados por essa perspecti-

va de controle? Esse controle pode realmente mover esses sujeitos em seus “encontros desejantes”?

Claro que não se deve diminuir em nada a importância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. Já foi dito aqui que a dimensão pragmática da constituição de (inter)subjetividades é caracterizada por fazer-se sempre acompanhar pelo móvel de um sucesso prático. Ora, se examinarmos com atenção o sucesso que, independente do quanto o percebemos e o desejemos, tem orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico. Mas, como também já foi ressaltado, êxito técnico e sucesso prático não são eventos intercambiáveis; originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência. O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como” fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os “quê fazer”. Por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde.

Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde. Afinal, qual é o nosso sonhado “vácuo”, quando estamos lidando com cada um dos diferentes obstáculos que encontramos à nossa saúde? Sem nos dedicarmos consequentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las.

Examinemos, nesse sentido, o exemplo do conceito epidemiológico de risco. O conceito de risco emergiu desde meados do século como um dos mais influentes discursos nos diálogos contemporâneos da saúde (Ayres, 1997). Ele atingiu essa posição privilegiada em função do seu impressionante sucesso em três tarefas simultâneas. Em primeiro lugar, ele permitiu estender a tradução da doença para além dos limites do corpo. Um fator ambiental qualquer, por sua associação probabilística com um certo agravo à saúde, já pode ser visto como um dano, mesmo antes disto se materializar no corpo. Mais que isso, e o que é fundamental, fez retornar ao plano da individualidade do corpo suas propostas de intervenção, pois é em relação a fenômenos aferíveis no in-

divíduo que o fator ambiental tem seu caráter de risco estabelecido. É sobre o balanço individual dessas associações que recairá predominantemente a gestão do risco.

Em segundo lugar, o conceito de risco foi capaz de realizar essa extensão ambiental do raciocínio patogênico através de um rigoroso manuseio de regularidades, trabalhando produtivamente com um tipo determinado e relevante de “saber como”: sempre que... então..., na proporção de x encontra-se y. Além desse tipo de inferência possibilitar um rigoroso controle científico, responde muito bem às necessidades de produção farta de tecnologias para a intervenção.

Por fim, a abordagem do risco retraduz continuamente a interpretação de seus limites como necessidade de um “saber como” ainda mais rigoroso, isto é, fazendo coincidir toda idéia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico. Se o que se sabe sobre uma associação de risco é pouco, ou se o que se sabe não permite intervenções muito eficazes, parte-se para o controle, mais uma vez nomológico, da incerteza, ou para o controle técnico dos fatores que se associam regularmente ao mau resultado. Sempre a argüição sobre o *como* fazer, raramente sobre o *que* se está fazendo.

Mas de fora da epidemiologia surgem, periodicamente, questionamentos sobre o sentido de seus constructos. Limites decorrentes da sua restrição à dimensão técnica de sucesso prático foram recentemente experimentados, por exemplo, com a eclosão da epidemia de HIV/AIDS. Por circunstâncias próprias à epidemia, tornou-se visível até onde iam os desejáveis êxitos técnicos das estratégias de conhecimento/intervenção apoiadas no conceito de risco e onde começavam exigências de sucesso que iam para além dos seus domínios. A AIDS flagrou na prática o fato de que o controle de uma epidemia constitui para os sujeitos afetados ou afetáveis por ela um horizonte normativo muito borrado perto daqueles que orientam, por exemplo, a experiência da sexualidade.

É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade, por exemplo, oriundo do campo dos direitos humanos, adentra o campo da saúde (Mann & Tarantola, 1996). Ele não é outra coisa que uma tentativa de ampliar seus horizontes normativos. A idéia de sucesso prático que lhe instrui orienta-se para um nítido deslocamento de horizontes normativos, bus-

cando a subsunção do ideal de controle da doença no de respeito e promoção dos direitos humanos (Ayres *et al.*, 1999; França Jr. *et al.*, 2000).

Desnecessário dizer que a proposta de deslocamento trazida pelo quadro da vulnerabilidade ainda tem muito o que amadurecer para que sua validação intersubjetiva atinja uma dimensão tal que a torne uma referência positiva para o campo da saúde, como de resto ocorre com as propostas mais ambiciosas de PSF, promoção da saúde, vigilância à saúde etc. Tal processo de construção de validade também dependerá, por outro lado, de mudanças nas demais esferas de validação do discurso sanitário. A necessidade de nos limitarmos ao objeto do presente ensaio impede-nos de explorá-las mais amplamente aqui. Deixe-se apenas o registro de que a resistência a um paroxismo tecnicista do horizonte normativo dos discursos sanitários implica, necessariamente, rever também o cientificismo que domina seus regimes de validade proposicional.

Com efeito, se tratamos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas intervenções em saúde se obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral etc., então os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da encomenda. Claro que não se trata de abolir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais.

Seguindo o mesmo raciocínio, não podemos imaginar que os códigos com os quais experimentamos e construímos intersubjetivamente nossas identidades possam permanecer fora de questão. Se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria-prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem. Nesse sentido, um dos maiores desafios que se nos é colocado como partícipes do diálogo sanitário é superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. Boaventura Santos (1989) já nos chamava a atenção para a necessidade

desse movimento de reconstrução das pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.

No campo da saúde, especialmente, isso é urgente. Sem essas pontes lingüísticas não poderá haver compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos e o público. Esse desencontro é sempre fonte de restrições ao diálogo, em qualquer campo, mas em alguns essa restrição pode ser até mais tolerável. Diante de um aparelho de TV funcionando, para dar um exemplo caricato, é pequeno mesmo o interesse em fundir os horizontes normativos dos tecnicistas da eletrônica e dos telespectadores. Quando, porém, se trata de prescrever comportamentos, formas de vida, intervenções sobre o corpo ou a mente das pessoas, certamente já não se poderá dizer o mesmo.

O cuidado e o compartilhamento de horizontes na construção da saúde

Para finalizar a reflexão, caberá uma última palavra sobre o caráter da intervenção mesma em saúde. Na perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, fica evidente que é preciso enriquecer também a concepção de intervenção que estabelece e justifica os diálogos que travamos no campo da saúde. Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções. Lembremo-nos da pomba de Kant. Não era apenas um êxito técnico, mas um sucesso prático mais abrangente que a subjetivava. Também aqui estamos chamando de sujeito algo mais rico que o agente ou o objeto de uma ação técnica. Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético. Quando esses dois sujeitos – o(s) sujeito(s) profissional(is) de saúde e o(s) sujeito(s) pessoa(s)-alvo das ações de saúde – se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e “objetificação” está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo o que dizíamos acima for verdadeiro, então essa presença, para que justifique mesmo a utilidade dessa técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e

a manipulação de objetos (Schraiber, 1997; Ayres, 2000).

Por isso, *cuidar*, no sentido de um “tratar que seja”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva. Nesse sentido, a metáfora de Kant nos envia à de Heidegger. A leve pomba nos leva em suas asas à alegoria do Cuidado. É que Heidegger, no seu clássico *Ser e tempo*, utiliza uma antiga alegoria de Higino sobre o cuidado como metáfora para a fundamentação de sua ontologia existencial. Essa alegoria também nos serve perfeitamente para elucidar o que queremos dizer quando distinguimos cuidar de tratar, curar ou controlar. Vejamos o que diz a alegoria:

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente eqüitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver (Heidegger, 1995).

Note-se que a vontade de sucesso, que a pomba kantiana representa como o móvel da construção de identidades subjetivas, revela-se na alegoria de Higino como a substância mesma dessas identidades. Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. *Querer é o atributo e o ato do ser.* Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. Mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanente trata de ser, um ente “que se quer” (ipseidade).

Se transponemos a mesma idéia de cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, vemos permanecer intacto o seu conteúdo

fundamental, o seu significado mais relevante. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfia, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?

São diversos, interligados e complexos os giros apontados aqui: de sujeito para intersubjetividades; de controle técnico para sucesso prático; de tratar para cuidar. A grande tarefa, uma vez compartilhada a necessidade desses giros, é saber como fazê-los no nosso cotidiano. Pode parecer demasiado ambiciosa a tarefa, excessivamente trabalhosa e ampla. É verdade. Mas, quanto a isso, há ainda um elemento na metáfora kantiana que não parece nem um pouco negligenciável. Trata-se de um aspecto mais estético que lógico na alegoria da pomba. É a liberdade de voar. É o “livre vôo da leve pomba” que nos encanta e envolve, pela maravilhosa sensação que nos transmite ao espírito de potência na fragilidade, de abertura de horizontes e busca de sonhos. Por que, então, não buscarmos nessa poderosa estética de liberdade a inspiração e a força para responder a seu irresistível convite filosófico?

Referências bibliográficas

- Ayres JRCM 1997. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. Hucitec, São Paulo.
- Ayres JRCM 2000. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 6(1):117-20.
- Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC 1999. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, pp. 49-72. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo.
- França Júnior I; Ayres JRCM; Calazans GJ 2000. Saúde coletiva: um diálogo possível e necessário. *Anais – VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Salvador, (mimeo).
- Gadamer HG 1996. *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Sígueme, Salamanca.
- Habermas J 1988. *Teoría de la acción comunicativa*. I/II. Taurus, Madri.
- Habermas J 1989. *Consciência moral e agir comunicativo*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- Habermas J 1990. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- Heidegger M 1995. *Ser e tempo* I. Vozes, Petrópolis.
- Kuhn TS 1989. *A estrutura das revoluções científicas*. Perspectiva, São Paulo.
- Lalande A (ed.) 1993. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. Martins Fontes, São Paulo.
- Mann J, Tarantola DJM 1996. *AIDS in the world II*. Oxford University Press, Nova York.
- Mendes Gonçalves RB 1994. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. Hucitec, São Paulo.
- Ricoeur P 1991. *O si mesmo como um outro*. Papirus, Campinas.
- Rorty R 1994. *Contingência, ironia e solidariedade*. Presença, Lisboa.
- Runes DD (ed.) 1985. *Diccionario de filosofía*. Grijalbo, Barcelona.
- Santos BB 1989. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Graal, Rio de Janeiro.
- Schraiber LB 1997. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 1(1):123-40.
- Stein E 1976. *Melancolia: ensaios sobre a finitude do pensamento ocidental*. Movimento, Porto Alegre.