

Os cuidados em saúde:

ontologia, hermenêutica e teleologia

Octávio Augusto Contatore^(a)Ana Paula Serrata Malfitano^(b)Nelson Filice de Barros^(c)

Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Care process in the health field: ontology, hermeneutics and teleology. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):553-63.

The health care is a growing research field and has been addressed through new referential frameworks. Although it is an attribute essential to human survival, it did not receive enough analysis to build a sociology of care. The purpose of this essay is to map the production of knowledge about care, in order to develop a theoretical reflection on the subject. The literature shows an ontology of biomedical care, a hermeneutics of different approaches to care and the teleological challenge of caring in the contemporaneity. As conclusion, the technical-scientific basis of care gives few answers to the real demands of the people, demonstrating the need for a "social + logic" emancipatory approach of the care.

Keywords: Delivery of health care. Sociology. Biomedicine.

O cuidado em saúde cresce como área de pesquisa e tem sido abordado por novos referenciais. Embora seja um dos atributos necessários à sobrevivência humana, não lhe foram direcionadas análises suficientes para a constituição de uma sociologia dos cuidados. O objetivo deste ensaio é mapear a produção de conhecimento sobre os cuidados, com o fim de desenvolver uma reflexão teórica sobre o tema. Observou-se na literatura: uma ontologia do cuidado biomédico, uma hermenêutica das diferentes abordagens do cuidado e o desafio teleológico do cuidado na contemporaneidade. Conclui-se que os cuidados de base técnico-científica pouco atendem as reais demandas das pessoas, apontando a necessidade de uma abordagem "sócio+lógica" emancipadora dos cuidados.

Palavras-chave: Cuidados em saúde. Sociologia. Biomedicina.

^(a) Doutorando, Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp). Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz". Campinas, SP, Brasil. oacoutatore@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. anamalfitano@ufscar.br

^(c) LAPACIS, DSC/FCM/Unicamp. Campinas, SP, Brasil. felice@fcm.unicamp.br

Introdução

A palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina *cogitatus*, que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa, ganha os significados de: atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação¹. Os significados atribuídos falam da sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda. No entanto, há muitas décadas, a noção de cuidado ganhou maior identificação com as ações profissionais na atenção à saúde.

Neste sentido, embora o cuidado seja um dos atributos necessários à sobrevivência da espécie humana², sendo considerado uma expressão de apoio social intenso, não lhe foram direcionadas análises suficientes para a constituição de uma sociologia dos cuidados³. Isto ocorreu por ter sido concebido como uma responsabilidade familiar, interpretado como certo que as tarefas de rotina pertenciam às mulheres, num comportamento singular implicitamente atribuído ao gênero. Como resultado, os cuidados e a sua importância para a vida social foram subvalorizados pelas ciências humanas e reduzidos pelas ciências naturais³.

As ações especializadas de cuidado empreendidas no campo da saúde têm sido mais atentamente discutidas e crescem como área de pesquisa. Com mais ênfase àquelas pertencentes ao modelo biomédico, em que o ato de cuidar prioritariamente passa a ter o sentido de diagnosticar, tratar e prevenir a doença, e tem como base o conhecimento desenvolvido no campo técnico-científico^{4,5}. Em função disto, cresce uma reflexão crítica de sua trajetória no âmbito da clínica, buscando alternativas para a atenção às necessidades dos sujeitos atendidos.

Este ensaio discute sobre os cuidados, tanto a partir da literatura clássica sobre o cuidado em saúde, como, também, da contemporânea, em que se apresenta quanto as ações de cuidado na clínica assumiram, em muitos casos, o *status* de intervenção verticalizada e protocolada de um especialista detentor do conhecimento, em detrimento do cuidado como conhecimento tácito da espécie humana². O conceito de cuidado é aqui abordado a partir de uma perspectiva ontológica, a qual se embasa em uma abordagem heideggeriana, como aquilo que torna possível as múltiplas existências¹. Propõe-se uma discussão hermenêutica, com o intuito de interpretar os signos e o valor simbólico implícito ao conceito. E, por fim, busca uma contribuição teleológica, considerando a finalidade de exploração do princípio explicativo¹, tendo em vista as possibilidades de diálogo pelo debate de ideias.

A ontologia do cuidado biomédico

A ontologia do cuidado tem raízes na ampliação da compreensão, observação e intervenção sobre as causas do adoecimento produzidas pela racionalidade médica científica⁶, com a objetivação do seu saber clínico e o desenvolvimento tecnológico. Entretanto, a ação do cuidado da biomedicina efetivou-se independente da subjetividade⁷ inerente em cada indivíduo no processo do seu adoecer. Mais explicitamente, houve, no desenvolvimento da clínica médica, um gradual descarte de qualquer elemento subjetivo implícito ao sofrimento, na busca do conhecimento técnico mais produtivo e eficiente para o controle das enfermidades. Embora este momento tenha sido de grande relevância histórica no cuidado à doença, em consequência desta abordagem clínica foi desconsiderado o que não era observável pelo uso metodológico da avaliação diagnóstica. A subjetividade é vista aqui como mais do que um sistema determinista intrapsíquico, mas, sim, dimensionada como produção psíquica inseparável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana⁷.

Ao determinar a doença como fato patológico e distanciá-la da esfera existencial do sujeito adoecido, a medicina científica, no seu processo histórico, retirou do adoecer seu conteúdo, sua substância, reconhecendo-a apenas em sua exterioridade e privando o sofrimento da sua dimensão produtora de sentidos e autoconhecimento ao seu portador^{5,8-10}. O que seria nas palavras de Gonzales Rey⁷: “negar a subjetividade”, ou seja, “desconsiderar a força da produção humana mais genuína e nos submeter ao domínio do instrumental” (p. 20).

Desta maneira, a clínica passou, predominantemente, a ser o local da aplicação técnica de um cuidado voltado diretamente ao que foi protocolado como doença, por ser desvio da norma, quebra de um equilíbrio esperado⁸. O ser humano visto como máquina desregulada⁵ precisa ser retificado e orientado na direção da saúde, um estado hipotético de bem-estar a ser alcançado pela intervenção externa de um profissional qualificado.

Evidentemente, esta abordagem sofreu duras críticas^{5,8,10} e a medicina contemporânea tem produzido discussões de uma outra dimensão clínica para o respeito à subjetividade e individualidade dos sujeitos⁴. Contudo, opta-se, aqui, pelo enfoque na clínica tradicional, conforme definida por Foucault⁹, por compreender que tal tradição tem influência naquilo que se define e aplica como cuidado na atualidade. Autores como Foucault⁹, Canguilhem⁸, Illich¹¹ e Boltanski¹² analisaram o desenvolvimento histórico do pensamento científico voltado para a construção racional do saber médico, que, de várias maneiras, teve efeito na produção de um modelo técnico-centrado de atenção à saúde, que persiste na contemporaneidade.

Sublinha-se, entretanto, que não se trata de realizar juízos peremptórios e dogmáticos, que, certamente, cometem injustiças, tampouco ignorar toda produção contra-hegemônica em curso por diferentes profissionais, em muitos níveis da clínica executada nos serviços de saúde. Todavia, faz-se necessário assinalar ações existentes, e, em muitos contextos predominantes, pautadas em uma perspectiva biomédica clássica⁵, para que possamos avançar no debate e quiçá produzir mudanças.

Para Barros¹³, a partir da adoção do método morfofisiológico na clínica biomédica, o olhar médico foi reorganizado. "O olhar de qualquer 'prático' da medicina é substituído pelo olhar do médico 'doutor', apoiado e justificado por uma instituição, que lhe garante o poder de decisão, intervenção, investigação e ensino (o Hospital)" (p. 64). De um olhar inicial classificador dos processos de adoecimento, passou para um olhar calculador, que não se contenta apenas em constatar o que é evidente, mas estende sua capacidade especulativa para o cálculo dos riscos.

Em 'O Nascimento da Clínica', Michel Foucault⁹ descreveu o desenvolvimento da medicina moderna a partir do século XVIII, de forma a dar visibilidade para a formatação do modelo de cuidado da ciência clínica, por meio de uma reorganização, em profundidade, não só dos conhecimentos médicos, mas, sobretudo, do desenrolar de um novo discurso emanado de uma nova experiência com a doença.

Já no século XIX, ainda segundo Foucault⁹, a medicina científica ampliou seu conhecimento anatomopatológico e adotou novos elementos ao modelo de compreensão da doença, incluindo a química e a fisiologia. Nesta medicina, a clínica não mais se configurava em estar ao lado do doente, noite e dia, tomando notas dos seus sintomas, pois anatomistas com liberdade de realizar múltiplas sessões de investigação anatômica transformaram-na. Em consequência, foi preciso reorganizar o campo hospitalar e criar uma nova definição do estatuto do doente na sociedade, instituindo um domínio médico do conhecimento singular do indivíduo doente.

Por sua vez, ao analisar o desenvolvimento da clínica, Canguilhem⁸ concebe, em primeiro lugar, a existência de alguém doente e seu pedido de ajuda. Com isto, o conhecimento terapêutico apresenta-se a partir da necessidade de cuidar de alguém, o seu desenvolvimento é feito por pessoas em busca da aptidão para lidar com aquilo que a vida lhes oferece, a experiência de sofrimento se encontra no centro da terapêutica. Posteriormente, com o desenvolvimento da medicina científica, de base fisiopatológica e anatomopatológica, a clínica ocupa o lugar do cuidado e passa a ser exercida pela atuação do médico no processo terapêutico.

Foucault⁹ e Canguilhem⁸ ressaltam que a doença foi objetivada pela disfunção com o desenvolvimento da clínica médica e passou a ser o alvo e o sentido da ação terapêutica. Já o doente foi relegado à posição de portador da doença e sua queixa servia (e ainda serve, em alguns contextos) apenas como mais um elemento, de menor valor, no conjunto da análise diagnóstica. As ações de cuidado passaram a ser orientadas pela busca do fator patológico, para um tipo de atenção pautada na ideia de que a cura poderia ser alcançada a partir do restabelecimento daquilo que foi estipulado como normal, em detrimento do processo criativo e existencial implícito na queixa trazida pela pessoa adoecida.

No entanto, para Canguilhem⁸, a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, uma desordem, caracterizando-se como o surgimento de uma nova ordem vital, outro tipo de norma surgida a partir da história de cada indivíduo, num processo de reestruturação do mundo vivido. O doente não é anormal por ausência de normas, mas sim, pela incapacidade de ser normativo, por perder a possibilidade de instituir normas diferentes em condições adversas. Estar sadio não é o oposto de estar doente, porém se configura em estar apto para criar novos modos de viver, novas normatividades, estar em produção, fazer escolhas, restabelecer o equilíbrio que lhe seja possível.

Uma contundente crítica ao modelo biomédico foi feita por Ivan Illich¹¹, com o desenvolvimento de seu conceito de iatrogênese estrutural. O autor denunciou a colonização exercida pela ação ideológica e política da medicina científica, sua influência na medicalização da sociedade e seu poder de limitar a autonomia dos indivíduos e das culturas tradicionais, de gerar saúde, de lidar com a dor, com a enfermidade, com a morte e, especialmente, com a doença. Outro aspecto importante abordado por Illich¹¹ está na influência da linguagem especializada usada pelo médico para a manutenção de seus privilégios e segurança da profissionalização da medicina. Nas ideias do autor, a dominação implícita na construção de uma linguagem especializada, da qual o paciente não tem acesso aos seus códigos, dá ao médico o poder de falar só aquilo que julgar necessário para obter a cooperação do doente à sua manipulação. Pelo monopólio da linguagem, portanto, pode-se manter o monopólio dos cuidados, e não favorecer a possibilidade de diminuição da alienação no campo da saúde.

A implicação do uso de uma linguagem especializada também foi abordada por Boltanski¹². O autor evidenciou que, algumas vezes, a falta de entendimento da linguagem técnica e a conduta médica de passar informações parceladas distanciam a pessoa atendida da criação de um imaginário próprio favorecedor de uma relação reflexiva com o seu corpo e a sua doença. Isto resulta na construção, pelo paciente, de uma representação do discurso sobre a doença que o médico transmitiu, em detrimento de seu próprio conteúdo cultural. Esta adaptação de saber, maior entre as pessoas das classes social de baixa renda e escolaridade, dificulta a comunicação entre profissional de saúde e doente e condena a uma reconstrução parcelada e com palavras mal entendidas àquilo que foi dito. Já as pessoas com maiores recursos econômicos e socioculturais sentem um menor distanciamento entre o que é dito sobre a doença, a interpretação de seu significado e tendem a comunicar-se melhor, obtendo uma explicação mais pormenorizada do seu adoecimento¹².

Entretanto, independente da condição social da pessoa que procura o atendimento médico e sua capacidade de compreensão dos termos técnicos referentes à doença/tratamento, ainda subjaz a importante questão de o adoecimento significar e impactar mais a vida dos sujeitos, do que as suas implicações biomecânicas possam demonstrar. Os aspectos subjetivos implícitos ao adoecer, estando ou não presentes na sintomatologia, nem sempre foram objeto de atenção da medicina científica. Uma mudança, neste sentido, ocorreu ao final do século XIX e início do século XX, pois a clínica médica se deparou com uma incógnita de difícil resolução relacionada à impossibilidade de lidar com adoecimentos com causas fugidias à análise diagnóstica.

O discurso médico positivista encontrou um de seus limites na desrazão e empreendeu uma nova ação investigatória para determinar as causas de sintomas que se manifestavam no somático, mas não se originavam nele. Freud, em seus estudos sobre histeria, reconheceu as alterações fisiológicas segundo relações de excitabilidade entre partes do sistema nervoso e descreveu que sintomas, como convulsões, contraturas, paralisias e perturbações da sensibilidade, sempre apareciam conjuntamente com alterações psíquicas¹⁴. A psicanálise e outras linhas de atenção psicológica tiveram o mérito de ampliar a compreensão do sofrer humano, uma vez que, no processo histórico de sua fundamentação teórica, afastaram-se do modelo positivista mecanicista biomédico, ao desenvolverem uma interpretação dinâmica da doença, e consideraram influências sociais na sua etiologia¹⁵. No entanto, é preciso ressaltar que as abordagens do campo “psi” nasceram no seio da medicina científica e suas ações de cuidado, como parte do campo da saúde, receberam influências do modelo biomédico. O seu modo de atenção, com poucas exceções, como é o caso da Psicologia Social¹⁶, da Reabilitação Psicossocial⁴ e outras práticas, está fortemente caracterizado por uma atuação clínica individualizada, pautada no binômio saúde-doença, e orientada a buscar o diagnóstico e tratamento da doença mental, muitas vezes distante de ações que contemplem o universo social e cultural do sujeito¹⁶.

Hermenêutica dos cuidados contemporâneos

Buscando os múltiplos e divergentes significados em torno do cuidado, em uma abordagem hermenêutica, observa-se que estudos recentes sobre o cuidado na atenção à saúde têm apresentado uma produção de conhecimento abrangente, complexa e diversa sobre o tema. As abordagens discutidas neste ensaio foram denominadas tendo como base estudos anteriores que já haviam proposto algumas classificações, quais sejam: abordagem 'pragmática do cuidado'^{5,6,10,17-23}, 'clínica ampliada'⁴; abordagem 'gerencial do cuidado'^{24,25}; abordagem 'filosófica do cuidado'^{21,26}; abordagem 'emancipadora do cuidado'^{2,27-32}; abordagem 'política do cuidado'³³; abordagem 'sociológica do cuidado'^{34,35} e abordagem 'cultural do cuidado'^{36,37}.

A proposição chamada de 'pragmática do cuidado' está relacionada ao modelo biomédico de assistência, pautado na lógica da racionalidade médica científica contemporânea^{6,28}. O seu tipo de atenção à saúde é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e tecnológicos voltados ao tratamento da doença como único e principal objeto de atenção; uma concentração de saber e poder no médico e no hospital; criação e validação de protocolos que aperfeiçoem procedimentos para maior segurança, eficácia, rapidez e baixo custo; instituição de diretrizes embasadas no método clínico empírico-classificatório e raciocínio fisio e anatomopatológico; produção de ações de cuidado destituídas de um olhar singularizado ao sujeito assistido, com baixa qualidade na relação profissional e paciente^{4-6,10,17,19}.

As ações pragmáticas tendem a ser orientadas para um maior intervencionismo em geral, um tratamento padronizado voltado para as doenças segundo a avaliação dos seus riscos e com menor preocupação com as singularidades. Como se a biomedicina, cada vez mais, identificasse os pacientes homogêneos entre si^{5,10,19}. Para Camargo Jr.⁵, há uma gradual desvalorização da biomedicina como forma de cuidado, em função de ela trazer uma propensão iatrogênica, apesar ou por causa de sua pujança técnica, sendo que a sua perspectiva clínica tem sido questionada pela pouca eficiência na resolução de vários problemas de saúde. Em grande parte, porque está pautada no tratamento da doença, a partir da produção de evidências científicas que visam aferir a eficácia dos procedimentos e o seu custo, para, assim, poder generalizá-los.

Outra crítica que vem sendo feita a esta abordagem pragmática está relacionada à produção de processos de medicalização¹⁸ e sofrimento sociais²². A medicalização transforma a capacidade autônoma da população, para enfrentar grande parte dos adoecimentos e dores cotidianas, ao criar um consumo abusivo dos serviços de saúde, produzindo dependência e alienação¹⁸. Além disso, transforma questões advindas da desigualdade social em compreensões individualizadas e medicalizadas²².

Luz¹⁷ argumenta que é pela generalização e experimentação que o método científico produz conhecimento, o que se reflete no modelo de cuidado praticado nos diferentes tipos de serviços médicos. Para a autora, especialmente no período entre o final do século XX e primeiras décadas do XXI, as ações médicas estão cada vez mais próximas do cientista que estuda a doença, em detrimento da prática do terapeuta que trata o sujeito doente. O que resulta na priorização de estudos baseados em experimentação laboratorial de natureza analítica, para determinar a evolução da patologia, sua etiologia e a forma de combate. Desta maneira, desenvolve-se um modelo de cuidado prescritivo, advindo de um conhecimento obtido sem nenhuma relação com o paciente.

A Clínica Ampliada e Compartilhada contempla de forma mais ampla as necessidades dos sujeitos atendidos, pois faz uma proposta contra-hegemônica ao modelo de assistência à saúde da clínica biomédica. Seu diferencial está em ampliar o objeto de saber e de intervenção clínica incluindo, também, o sujeito e seu contexto. O intuito é o de deslocar a ênfase de atenção da doença, na direção do sujeito concreto portador de um adoecimento. A racionalidade implícita neste modelo de clínica é a de cuidar daquilo que é imprevisível e singular em cada sujeito ou coletividade⁴. Para tanto, a Clínica Ampliada e Compartilhada propõe não ficar apenas com o que o corpo pode mostrar pelo olhar empírico, mas, sim, possibilitar encontros mais férteis com o sujeito atendido ao permitir que outros temas, não apenas a doença, possam estar presentes. Convida-o a construir conjuntamente as decisões de seu próprio cuidado, sem evitar qualquer desafio, seja este emocional, social, cultural ou econômico.

Renova, também, ao considerar a participação de um número maior de atores nas ações de cuidado, incluindo a multiprofissionalidade das equipes para a elaboração dos projetos terapêuticos singulares⁴.

A 'abordagem gerencial do cuidado' também se propõe à abertura para a participação de vários profissionais no compartilhamento de responsabilidades²⁴ e, ao mesmo tempo em que compreende a importância para a clínica de uma boa relação entre cuidador e paciente, concebe haver dificuldades para isto acontecer com espontaneidade e generosidade, frente à dureza das organizações formais e sua racionalidade instrumental característica, conflitos de interesse, hierarquias de autoridade e recursos escassos. A gestão do cuidado em saúde é definida por Cecílio²⁴ como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos da vida, visando ao bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

Pela 'abordagem filosófica' do cuidado, Ayres²⁶ discute a importância de se refletir sobre o cuidado em saúde para se compreender as bases teóricas e epistemológicas de algumas tendências emergentes atuais, que surgem como novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como: a promoção de saúde, a vigilância à saúde, a saúde da família, a redução de vulnerabilidades, entre outros. Para o autor, a consolidação destas propostas e seu consequente desenvolvimento dependeriam de transformações radicais no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos. Nesse sentido, defende a visita a aspectos filosóficos, na tentativa de corresponder a transformações práticas mais expressivas, para além dos avanços conceituais alcançados e, assim, contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de cuidado.

O sentido de cuidado já consagrado pelo seu uso, segundo Ayres²⁶, normalmente, refere-se a um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento. Mas não é no sentido do conjunto de medidas terapêuticas ou procedimentos auxiliares de cuidado que o autor se propõe a refletir, sobretudo por considerá-lo como um constructo, que abrange tanto uma compreensão filosófica, como uma atitude prática frente ao sentido adquirido pelas ações de saúde nas diversas situações em que se dá um processo terapêutico.

Em relação à abordagem 'emancipadora do cuidado', Barros² faz uma leitura sociológica e aborda os cuidados e seus desdobramentos sociais em três planos representados: na expressão, como conhecimento tácito; no desenvolvimento de ações focais institucionalizadas, representadas pela clínica biomédica; e no cuidado emancipador, com elementos dos dois primeiros planos.

O cuidado como conhecimento tácito³⁸ é resultante de um processo de socialização, que passa a ser descrito como atributo da espécie, uma prática pessoal coletivamente construída, fruto de longa experiência, convivência e transmissão complexa, pois necessita de interações prolongadas em uma cultura ou tradição, e está na esfera das ações informais. Já ao ser associado à clínica biomédica e a um conhecimento focal e técnico, o cuidado ganha um contorno reificador – no sentido de coisificar, ao encarar algo abstrato como uma coisa material ou concreta – relacionado aos símbolos, valores, práticas e regras da ciência ocidental moderna, cujo método, predominantemente, preconiza a objetivação e consequente objetificação ou desumanização. Como expressão de conhecimento autonomizante, o cuidado emancipador produz-se como terceiro elemento, a partir dos conhecimentos tácitos (socializador) e técnicos (reificador), para construir simultaneamente: atenção, liberdade de escolha e tomada de decisão, em relação às regras legítimas resultantes da interação social e legais instituídas e protocoladas².

Neste sentido, o cuidado emancipador pode ser exemplificado pelas ideias originárias de cuidado que dão base às proposições de algumas Práticas Integrativas Complementares – PIC²⁷, em sua dimensão de Racionalidades Médicas^{6,28}. Utilizam-se, aqui, as PIC como possibilidade de desenvolvimento de um cuidado emancipador, por apresentar, teoricamente, características como: conceber holisticamente o adoecimento e as necessidades individuais de cuidado; direcionar o cuidado à saúde e não à doença; diminuir a distância entre profissional e paciente; não estar limitada a crescente intensificação do uso de tecnologia para obtenção de diagnóstico; satisfazer simbólica e tecnicamente a experiência vivida com o sofrimento pelo sujeito; integrar o bem-estar físico, mental, social e espiritual na sua concepção de saúde; estimular o autocuidado ajudando os pacientes a desenvolverem atitudes, disposições, crenças, hábitos e práticas que promovam seu bem estar^{13,20}.

No entanto, a aplicação das PIC não necessariamente está ligada a uma abordagem de cuidado emancipador, dependendo, como todas as práticas clínicas, de quem a executa e das filosofias políticas das instituições envolvidas. Dessa forma, alguns estudos têm demonstrado que, na busca constante de legitimação perante a comunidade científica, as PIC têm sido estudadas com metodologia científica convencional em busca de validade e eficiência de sua aplicação ao tratamento de doenças^{31,32}, o que modifica sua base conceitual original, aproximando-as de um padrão biomédico tradicional³².

A abordagem 'política do cuidado'³³, ao mesmo tempo em que o insere numa prática, desenvolve seu potencial de ser o veículo de promoção de uma cultura de cuidar de si, presente na obtenção e na manutenção da saúde de um indivíduo consciente de suas necessidades, e que, sobretudo, busca realizá-las tanto na esfera individual quanto coletiva.

Nesta dimensão, Pires³³ entende a politicidade do cuidado: "Como manejo reconstrutivo da relação dialética entre ajuda e poder para a construção de autonomia dos sujeitos, sejam estes gestores, técnicos, profissionais de saúde, família, comunidade, enfim, cidadãos" (p. 1026).

A autora defende que é pela politicidade que o cuidado pode se tornar emancipatório e redimensionar-se como ética da humanidade, para que, assim, as pessoas possam ser capazes de reelaborar a tutela e exigir cidadania. Busca-se um cuidado que se reconstrua para melhor atender as necessidades das pessoas e que possa gerir politicamente relações de ajuda-poder, desta forma, propondo mudanças ao modelo assistencial em saúde.

Já Bila Sorj³⁴ almeja uma reestruturação das políticas sociais em relação ao cuidado e, para isso, acredita ser necessária "a construção de um Estado solidário, que por meio de políticas públicas de qualidade coloque o cuidado no centro da sua definição de bem-estar social" (p. 127). A autora, a partir de uma 'abordagem sociológica' do cuidado, discute a articulação entre trabalho e cuidado; e compreende os seus efeitos sobre as desigualdades de gênero e de classe social, em que a profissionalização do cuidado denota um processo de ressignificação do seu sentido, não mais entendido como decorrência de um processo cultural, como o amor materno naturalizado, mas de um trabalho de reprodução social.

As mudanças no cenário privado familiar ou comunitário são temas de interesse da sociologia, como a profissionalização de quem dá atenção às crianças, idosos e pessoas com algum tipo de deficiência, e, também, quais são os profissionais que, na assistência, exercem as ações de cuidado. No entanto, mesmo que as ações de cuidado sejam exercidas por diferentes atores sociais e o processo de profissionalização de cuidadores esteja influenciando a criação de políticas públicas, destaca-se a marcada presença feminina no "campo dos cuidados" e a desvalorização econômica e simbólica deste trabalho^{34,35}.

A abordagem 'cultural do cuidado' discutida por Prochnow, Leite, Erdmann³⁶ reflete sobre as aproximações que possibilitam questionar a prática social do enfermeiro na gerência do cuidado. As autoras definem cultura "como as teias de significados que o homem teceu e nas quais ele enxerga seu mundo, sempre procurando seu significado" (p. 586). Assim, é importante para o enfermeiro, na construção de sua prática social, ater-se à diversidade cultural como recurso inovador na ampliação de sua visão da integridade humana, valorizando as divergências, o respeito e o compartilhamento. No entanto, Sá³⁷ observa a necessidade de se compreenderem e conceberem algumas questões psicossociológicas implícitas nas relações intersubjetivas presentes na prática dos profissionais da área da saúde e que interferem diretamente na construção da humanização e do cuidado em saúde. Para isto, traz à tona o questionamento de que os obstáculos e limitações para a solidariedade e a produção do cuidado em saúde de qualidade não estão apenas relacionados à precariedade dos serviços em oferecer condições materiais, tecnológicas e de pessoal, ou somente nas características dos modelos dominantes, biomédico e gerencial funcionalista, mas, sim, aos padrões de sociabilidade e de subjetivação presentes na sociedade contemporânea.

Mesmo compreendendo a importância da capacitação dos profissionais e a criação ou a ampliação de mecanismos de comunicação, a autora não os considera suficientes, por entender que a: "disposição para o acolhimento, para a escuta e para o estabelecimento de vínculos não se constitui em capacidade absoluta e apriorística do ser humano ou algo que possa ser controlado exclusivamente por um trabalho consciente e voluntário e/ou por mecanismos gerenciais"³⁷ (p. 653).

Por isso, a autora defende que, para se superarem os desafios impostos pela complexidade das questões relacionadas à “humanização” das práticas de saúde, é preciso continuar a problematizar a natureza sociológica da impossibilidade de uma comunicação simétrica e transparente entre sujeitos no campo da saúde.

Outra dificuldade levantada por Sá³⁷ refere-se à compreensão de que temas como cooperação, humanização e cuidado encontram dificuldade de se desenvolverem na cultura contemporânea, como parâmetro de relação intersubjetiva. Em outras palavras, a pressuposição da existência de um sujeito incompleto e precário que possa reconhecer que não é autossuficiente é invisibilizada, na medida em que, justamente, a autossuficiência é o modelo de subjetivação contemporânea predominante. Assim, compreendem-se os fatores que dificultam a fraternidade e a solidariedade no cuidado, bem como a inviabilidade da união de quem cuida a quem é cuidado na construção de um projeto de vida coletivo, em que o profissional no exercício da atenção à saúde assume uma posição igualitária àquele que recebe o cuidado.

Portanto, a classificação hermenêutica da multiplicidade de abordagens sugere categorias de aplicação à prática cotidiana do cuidado. O que envolve ações ‘pragmáticas’ que se voltem a respostas efetivas às doenças, porém sob uma clínica ‘ampliada e compartilhada’, que respeite a cultura e a subjetividade de quem é cuidado; tendo, também, um viés ‘gerencial’, o qual convida atores formais e informais para serem responsáveis pelo cuidado, por meio de uma compreensão ‘filosófica’, que ressalta a necessidade permanente de reflexão sobre as bases epistemológicas da ação que se efetiva, com o objetivo de desenvolver uma prática ‘emancipadora’, que visa à autonomia do sujeito e ao lugar tácito do cuidado, considerando, sempre, as vertentes ‘política, sociológica e cultural’ que integram toda e qualquer prática social. Desta forma, o cuidado se complexifica, humaniza, e coloca, no centro da discussão, a pessoa.

A Teleologia dos cuidados

A noção de teleologia pode ser compreendida como o transcurso da história presidido por uma finalidade, um *telos*, possivelmente do imaginário da ação de um demiurgo voluntarioso que imprime sua finalidade numa matéria amorfa para transformá-la na forma mais bem-acabada³⁸. Todavia, não é essa a noção com que estamos operando, uma vez que não cremos que exista uma única e melhor finalidade do cuidado, exatamente porque tratamos de cuidados em uma complexa hermenêutica. No entanto, expandimos os limites da visão finalista associando a teleologia dos cuidados aos desafios e transformações civilizatórios contemporâneos, para que sejam produzidas múltiplas formas de sociabilidade diferentes das tradicionais, estruturadas entre estabelecidos e excluídos³⁹, ou seja, profissionais e pacientes, nas quais se reproduzem autoritarismos, violências e excessivas intervenções e prescrições. Em outras palavras, o que se busca com a reorientação dos cuidados é a emancipação, também, por meio do rompimento com as relações unilaterais construídas e em posições institucionais¹⁹, impressas em muitos profissionais de saúde com apoio do Estado⁴⁰, que ainda lhes qualifica como superiores aos pacientes por eles assistidos.

Identificamos que não existe apenas uma forma de cuidado, e que ele não é exclusivo do campo da saúde, pois abrange relações sociais e culturais em suas efetivações. É preciso, então, colocar o cuidado em saúde apenas como parte das ações necessárias para atenção às demandas dos sujeitos, de forma que sejam tiradas da invisibilidade as necessidades interpessoais que o cuidado de senso comum alcança e a clínica biomédica tradicional não contempla. Nessa reorientação dos cuidados, o imaginário sobre o cuidar, a solidariedade em torno dos cuidados e a disponibilidade para estar com o outro, tornam-se, igualmente, constitutivos das ações de manutenção da vida.

Claramente, a teleologia contemporânea dos cuidados é diferente das anteriores, uma vez que avança em relação às empirias pré-históricas associadas: aos instintos, às experiências culturais da antiguidade, às imposições religiosas do cristianismo, às leis gerais da morfofisiologia da clínica moderna e aos protocolos do modelo biomédico. Enquanto cada um desses modelos, à sua maneira, e todos em conjunto, orientaram os cuidados para manter a vida, na atualidade, é preciso, além de se

garantir a existência, também orientar os cuidados para configurações³⁹ emancipatórias de indivíduos e coletividades.

A hipervisibilidade⁴¹ do processo de construção social dos cuidados contemporâneos pode, portanto, trazer à visibilidade: as implicações da sua forte relação com o gênero feminino, sua associação com as condições socioeconômicas e os seus determinantes relativos ao acesso e qualidade. Deixando ver, também, que uma perspectiva “sócio-lógica” do cuidado implica reconhecer que ele não apenas é atávico à condição da vida social humana, mas que é também constitutivo de inúmeras formas de afetos e afecções nos grupos sociais.

Por fim, não há garantias de que uma sociologia dos cuidados – que dimensione a ontologia dos modelos e ações de cuidado, que explicita os múltiplos sentidos de uma hermenêutica dos cuidados e reorienta sua teleologia prática e simbólica – consiga construir um projeto emancipador. No entanto, pode, com segurança, performar projetos que levam à emancipação dos sujeitos interagentes com o desenvolvimento de uma consciência de valor pessoal, tanto na dimensão política, como na existencial. Assim como pode construir caminhos que extrapolam a consciência social de ser detentor do direito ao cuidado, para a consciência de ser e estar no mundo como portador de seu próprio cuidado.

Colaboradores

Octávio Augusto Contatore contribuiu para o levantamento, discussão e análise dos dados e trabalhou na concepção, redação e revisão do texto; Ana Paula Serrata Malfitano foi responsável pela discussão e revisão do texto; e Nelson Filice de Barros foi responsável pela orientação da pesquisa, redação e revisão do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Referências

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
2. Barros NF. As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado emancipador. Comunidade de Práticas. Gestão de Práticas Integrativas e Complementares [Internet] [citado 08 Maio 2015]. Disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/conteudo/8900>.
3. Fine M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *J Sociol.* 2005; 41(3): 247-66.
4. Campos GWS, Bedrikow R. História da Clínica e Atenção Básica – o desafio da ampliação. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Camargo Jr KR. A biomedicina. *Physis Rev Saude Colet.* 2005; 15 Supl: 177-201.
6. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 181-200.
7. González Rey F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psicol Educ.* 2007; 24: 155-79.
8. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.

9. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
10. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(3):465-84.
11. Illich I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
12. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
13. Barros NF. A construção da medicina integrativa. São Paulo: Hucitec; 2006.
14. Bocca FV. Histeria: primeiras formulações teóricas de Freud. *Psicol. USP*. 2011; 22(4):879-906.
15. Schultz DP, Schultz SE. História da Psicologia Moderna. 10ª ed. São Paulo: Cultrix; 2014.
16. Farr RM. As raízes da Psicologia Social moderna. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
17. Luz MT. As Instituições Médicas no Brasil. 2ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
18. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(19):61-76.
19. Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface (Botucatu)*. 2009; 15(31):273-86.
20. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5):914-20.
21. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):16-29.
22. Malfitano APS, Adorno RCF, Lopes RE. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):701-14.
23. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc*. 2015; 24(1):165-79.
24. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):545-55.
25. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):589-99.
26. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2003-2004; 8(14):73-92.
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 4 Maio 2006.
28. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993.
29. Barros NF. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática. São Paulo: Annablume, FAPESP; 2000.
30. Organização Mundial de Saúde. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra; 2001.
31. Souza EFAA, Luz, MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2011; 18(1):155-74.

32. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(10):3263-73.
33. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(4):1025-45.
34. Sorj B. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. *Tempo Soc*. 2014; 26(1):123-8.
35. Guimarães NA, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Sociol Antropol*. 2011; 1(1):151-80.
36. Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado visualizando a prática social do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(4):583-90.
37. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico e a “humanização” das práticas do cuidado. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(Supl 1): 651-64.
38. Martins MV. História e teleologia em Darwin e Marx para entender um debate. *Passagens: Rev Intern Hist Polit Cult Jurid*. 2010; 2(4):78-93.
39. Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar; 2000.
40. Freidson E. Profissão médica – um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Ed. Unesp, Porto Alegre: Sindicato dos Médicos; 2009.
41. Jardim DF, López LC, organizadores. Políticas da diversidade: (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2013.

Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Los cuidados en salud: ontología, hermenéutica y teleología. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):553-63.

El cuidado en salud crece como área de investigación y ha sido abordado por nuevos factores de referencia. Aunque sea uno de los atributos necesarios para la supervivencia humana, no le fueron dirigidos análisis suficientes para la constitución de una sociología de los cuidados. El objetivo de este ensayo es mapear la producción de conocimiento sobre los cuidados, con el fin de desarrollar una reflexión teórica sobre el tema. En la literatura se observó: una ontología del cuidado biomédico, una hermenéutica de los diferentes abordajes del cuidado y el desafío teleológico del cuidado en la contemporaneidad. Se concluye que los cuidados de base técnico-científica atienden poco las demandas reales de las personas, señalando la necesidad de un abordaje “socio+lógico” emancipador de los cuidados.

Palabras clave: Cuidados en salud. Sociología. Biomedicina.

Submetido em 01/07/16. Aprovado em 06/09/16.

