Luzia Aparecida Oliveira

Conflitos Morais e julgamentos tecnocientíficos: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Co-Orientadora: Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Agradecimentos

Esse trabalho é resultado do encontro com muitas vozes. Vozes que pensam e escrevem sobre o fazer em saúde, vozes que falam sobre o fazer em saúde e fazem o cotidiano desses serviços,

A todas agradeço.

Especialmente agradeço:

Ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, mais que orientador, amigo e grande responsável por nossa aproximação à academia, já desde dos primeiros encontros lá em 1997, quando nem imaginávamos ser possível fazer pesquisa sem ser exatamente pesquisadores...

À Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli com quem tivemos a honra de partilhar esse trabalhado, pela seriedade, alegria, amizade e ensinamentos eu muito agradeço.

À querida amiga Neide Emy Kurokawa e Silva, leitora crítica e sensível, parceira do cotidiano com quem tenho o privilégio de partilhar reflexões para além das acadêmicas.

Aos Professores Euclides Ayres de Castilho, Ivan França Junior e Cléa Regina de Oliveira Ribeiro pelas leituras cuidadosas e sugestões.

Ao Programa Municipal de DST/aids do Município de São Paulo e Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, agradeço o acolhimento do projeto.

A todos os trabalhadores que gentilmente se dispuseram a partilhar um pouco de suas histórias profissionais e impressões sobre os desafios do trabalho com aids.

A todos os trabalhadores do SAE Santana que têm instigado nossas reflexões sobre o fazer profissional nesse contexto específico. Muito especialmente a Márcia de Lima, Maria Ângela Silva Landroni, Janete Aparecida Costa, pelas leituras críticas, sugestões, transcrições, coberturas de plantões e todo o apoio recebido durante esse processo, eu muito agradeço.

A querida Gabriela, que gentilmente ajudou na formatação final desse trabalho.

Aos meus queridos Beto e Laura que compreenderam minha ausência durante esse longo período, me propiciando a necessária tranqüilidade para a elaboração da escrita deste, dando conta do nosso cotidiano.

Aprendi a vida da vida,
o amor o aprendi de um só beijo, e não pude ensinar a ninguém
nada a não ser o que vivi,
o quanto tive em comum com outro homens, o quanto lutei com
eles: o quanto disse de todos em meu canto.

Pablo Neruda

(os versos finais da Ode ao Livro I)

SUMÁRIO

1– INTRODUÇÃO 1

1.1 AS MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO 1
1.2 CONTEXTUALIZANDO A EPIDEMIA DE HIV/AIDS E SEUS IMPASSES NA ATENÇÃO À SAÚDE 4
1.3 A NATUREZA DOS IMPASSES NO CONTEXTO ASSISTENCIAL E O RECURSO AOS DIREITOS HUMANOS 6
1.4 O DISCURSO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA PROMISSORA REFERÊNCIA 12
1.5 A APOSTA NA BIOÉTICA COMO NOVO REFERENCIAL ÉTICO PARA A SAÚDE 17

2- OBJETIVOS 24

2.1 GERAL 24
2.2 ESPECÍFICOS 24

3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 25

3.1 A NATUREZA DO ESTUDO 25
3.2 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO 26
3.2.1 - A moral em sentido clássico: o saber que informa a vida prática ... 27
3.2.2 - A moralidade em sentido moderno: a ênfase na razão 31
3.2.3 A maioridade da razão e a escola de Frankfurt 36
3.2.4 Jürgen Habermas 38
3.2.5 A perspectiva habermasiana e as pretensões do estudo 40
3.2.6 A guinada lingüística 43
3.2.6.1 Austin e a Teoria dos atos de fala: 46
3.2.7 A ação comunicativa 48
3.2.8 A questão da ética do Discurso 54
3.2.8.1 Apel e Habermas e a ética do Discurso 55
3.2.8.2 A ética do Discurso em Habermas 58
3.2.8.3 Habermas e Kohlberg: Acerca do ponto de vista moral e os conflitos morais 64
3.2.9 A ética do Discurso, as ações em saúde e a Bioética: aportes para o lidar com os dilemas morais 76
3.3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA 85
3.3.1 Entrevistas com profissionais de saúde 86
3.3.2 Observação participante 87
3.3.3 A escolha dos serviços 88
3.4 PLANO DE ANÁLISE 89

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO 90

4.1 PANORAMA GERAL DOS SERVIÇOS INVESTIGADOS 90
4.1.1 A Unidade de Saúde de Referência (UR - Sul) 91
4.1.2 O Serviço Ambulatorial Especializado (SAE - Leste) 94
4.2 APRESENTANDO O PROCESSO DA ANÁLISE 98
4.3 O CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO DOS ANOS 80: HORIZONTES ÉTICOS E POLÍTICO PARA A SAÚDE. 102

4.4 O MOVIMENTO SOCIAL E O DISCURSO DOS DIREITOS HUMANOS: NOVOS E VELHOS DESAFIOS NA ATENÇÃO À AIDS 111
4.4.1 A resposta brasileira à aids traduzida nos Serviços de Saúde Especializados 114
4.5 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: O QUE HÁ DE NOVO NESSE TRABALHO? 116
4.5.1 A necessidade de investimentos na formação profissional 118
4.5.2 A necessidade do trabalho em equipe 119
4.5.3 Aportes tecnológicos: os anti-retrovirais 122
4.5.4 Exigências de um novo modelo para a atenção: a dependência das interações para projetos terapêuticos 124
4.5.5 Outras dimensões do aprendizado profissional: reconhecendo diferentes modos de vida 126
4.6 O TRABALHO EM AIDS E CONFLITOS: DIFERENTES INTERESSES EM QUESTÃO? 129
4.6.1 Instituições, regras e limites: sobre as razões dos gritos… 132
4.6.2 Outros espaços institucionais mediadores de conflitos: O Conselho Gestor e a Ouvidoria 134
4.6.3 Na prática: administrando regras e limites institucionais 138
4.6.3.1 Possibilidade e impossibilidades dos serviços: a questão da alta administrativa 145
4.7 DEVERES PROFISSIONAIS, MODOS DE VIDA E ESCOLHAS DOS PACIENTES: POR DENTRO DA CONSTRUÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS. 149
4.7.1 Descobrindo valores contrafáticos: aspectos implicados no trânsito do tratar para o Cuidar 150
4.7.2 Casos de pacientes difíceis: o que está em questão? 162
4.7.3 Julgamentos morais orientando ações 172
4.7.4 Mulheres vivendo com HIV/aids, gravidez, questão social e o cuidado das crianças: uma questões para a prevenção? 174
4.7.5 Ainda sobre a gravidez e soropositividade: o que mudou? 177
4.7.6 O cuidado de crianças vivendo e convivendo com HIV/aids, a questão da família: entre o ideal e o possível 180
4.7.7 A primeira geração de adolescência vivendo com HIV/aids: novos desafios para o Cuidado 187
4.7.8 O dilema que envolve a comunicação de diagnóstico para parceria sexual de pessoas vivendo com HIV/aids 197

5 – CONCLUSÕES 203

5.1 RETORNANDO ÀS PERGUNTAS INICIAIS DO ESTUDO: APORTES TEÓRICOS E QUESTÕES PRÁTICAS 203
5.2 ASPECTOS MORAIS IMPLICADOS NO CUIDADO: SOBRE OS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS PRÁTICAS HUMANIZADAS 207
5.2.1 Reconhecer potências nos usuários 208
5.2.2 Partilhar com usuários a discussão de ordem ética 211
5.2.3 Reconhecer como horizontes éticos e políticos para as práticas de saúde a Humanização e o Cuidado 213

6 – REFERÊNCIAS 218

RESUMO

Oliveira LA. Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 226p.

INTRODUÇÃO: Tomando o trabalho em saúde como trabalho social que expressa em suas ações duas dimensões: ação produtiva, dentro de uma racionalidade dirigida a dados fins e como ação comunicativa realizada a partir da interação entre os sujeitos; esse estudo propôs registrar os aspectos morais que compõe o julgamento dos profissionais de saúde na construção de projetos terapêuticos na assistência a pessoas vivendo com HIV/aids e seus principais conflitos. MÉTODO: Realizou-se estudo de natureza qualitativa. Procedeu-se entrevistas em profundidade com trabalhadores e observação participante de discussão de caso das equipes em serviços especializados na atenção a pessoas vivendo com HIV/aids no Município de São Paulo. A pesquisa foi realizada durante o ano de 2007 e primeiro trimestre de 2008. Os referenciais que orientaram o estudo foram a Ética do Discurso, a Bioética e a discussão acerca do Cuidado nas práticas de saúde. RESULTADOS: Valores como de justiça social e solidariedade são referências importantes para as ações em saúde ressaltados pelos profissionais entrevistados e observados, configurando deveres assumidos por esses trabalhadores. Esses deveres foram expressos em discursos que defendem práticas inclusivas (não discriminatórias) apoiadas nos princípios do SUS e no discurso dos Direitos Humanos. A necessidade de produzir projetos terapêuticos singulares para os usuários aproximou o tratar do cuidar. A construção de projetos terapêuticos singulares, assim como os valores e interesses a serem realizados através das ações propostas foram desafiados, diante das situações onde as demandas dos usuários extrapolavam as possibilidades dos serviços ou quebravam normas institucionais e/ou sociais, gerando conflitos. A discussão entre a equipe configurou-se como a principal estratégia assumida para a resolução dessas situações. De modo geral, os argumentos mais presentes, foram apoiados na defesa de interesses públicos e proteção da vida, em detrimento de interesses, aparentemente, particulares. CONCLUSÕES: As conclusões apontaram como necessário o reconhecimento de potenciais dos usuários para solução das situações tomadas como difíceis e, ainda, a necessidade de partilhar mais ativamente, critérios normativos com esses, inclusive aqueles afetos a discussão ética. A conexão dialética entre mediação lingüística (ação comunicativa), trabalho (em sua função social) e interação de sujeitos na busca de interesses partilháveis possibilita a reflexão ética com potenciais para apontar possíveis caminhos. O Cuidado como horizontes para a construção de projetos terapêuticos aponta para a efetivação de práticas de saúde humanizadas. Deste modo, essas práticas assumem como compromisso, a realização de valores relacionados à felicidade humana democraticamente validada como Bem comum.

Descritores: 1.Julgamento moral retrospectivo 2.Assistência à saúde 3.HIV 4.Bioética 5.Humanização da assistência

SUMARY

Oliveira LA. Moral conflicts and techno-scientific judgments: aspects involving the care of people living with HIV/AIDS [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2009. 226p.

INTRODUCTION: The health work, understood as social work, expresses two distinctive dimensions of action: productive action, within a rationality aimed at specific purposes, and communicative action, based on subjects’ interaction. The objective of the present study was to describe the moral aspects involved in the judgment of health professionals in the design of therapeutic projects to assist people living with HIV/AIDS, as well as their main conflicts.
METHODS: In a qualitative study, in-depth interviews were conducted between 2007-2008 with health workers and participant observation was carried out during case discussion meetings in STD/AIDS specialized clinics in the city of São Paulo. Discourse Ethics, Bioethics and Comprehensive Care were the theoretical framework of the analysis.
RESULTS: Values such as social justice and solidarity constitute important references of commitment for the participants’ health actions. This commitment was expressed through discourses in favor of inclusive practices (non-discriminatory), based on the Brazilian Unified Health System and Human Rights principles. The need for singular therapeutic projects for users brought the concepts of treatment and care together. The construction of singular therapeutic projects, as well as the values and interests of the actions proposed, were challenged in the face of conflictive situations in which users’ demands were either far beyond the possibilities of health services or violated institutional/social norms. The main strategy adopted in order to manage these situations was team discussion. Overall, the most frequent arguments expressed the defense of public interests and life protection to the detriment of apparently private interests.
CONCLUSIONS: It is necessary to acknowledge users’ potential to conflict solving and to share the normative criteria more actively with them, including those more familiar with the debate on ethics. The dialectic connection between linguistic mediation (communicative action), work (its social function) and subjects’ interaction in the search for shareable interests enables the ethical reflection that may indicate possible ways. The Comprehensive Care as a normative horizon to therapeutic projects indicates the enactment of the humanization of health practices. Therefore, these practices become committed with the fulfillment of values related to mankind happiness, democratically validated as the common well-being.

Descriptors: 1. Retrospective moral judgment 2. Health assistance 3. HIV 4. Bioethics 5. Humanization of assistance

1– INTRODUÇÃO

1.1 As motivações para o estudo

A partir de 1996, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo estruturou diversos serviços voltados para o diagnóstico e seguimento das pessoas atingidas pela epidemia de HIV/aids. Os Centros de Referência e Centros de Testagem inaugurados, na época, resultaram das necessidades de ampliação dos espaços para atendimento, em âmbito municipal, das pessoas afetadas pela epidemia. Foram, ainda, resultados da impossibilidade da incorporação dessas ações pelas Cooperativas de Saúde – o PAS – Plano de Assistência à Saúde (modelo para atenção à saúde implantado na Cidade de São Paulo, na época), uma vez que essas ações dependiam de vínculos institucionais com os níveis Federal e Estadual.

Com a implementação dos serviços especializados, os profissionais de saúde se depararam com diferentes dilemas e desafios ligados à assistência voltada às pessoas vivendo com HIV/aids, desde aqueles relativos ao preparo técnico das equipes e à estruturação material dos serviços, até aqueles aspectos relacionados ao "lidar com os significados atribuídos à epidemia" que provocavam inseguranças, desconfortos e impasses para a equipe.

Essa perplexidade das equipes frente às diferentes demandas que emergiam no contexto desses serviços levou muitos de nós, trabalhadores de um desses serviços especializados, a elaborar pesquisas relativas ao

trabalho em saúde voltado à atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. Os resultados dessas reflexões nos aproximaram da academia e, em 1998, resultaram em pesquisa relativa ao trabalho multiprofissional na atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, pesquisa ligada ao NEPAIDS (Núcleo de Estudos e Prevenção em Aids) com resultados publicados em 2002 (Silva et al., 2002). Posteriormente, vinculadas a programas de mestrado, foram desenvolvidas pesquisas relativas às práticas assistenciais e direitos reprodutivos (Oliveira LA, 2003; Oliveira LA e França Junior, 2003); os sentidos da maternidade e conjugalidade no contexto do HIV/aids (Silva, 2003; Landroni, 2004; Silva et al., 2006); as questões implicadas na adesão aos tratamentos; a vulnerabilidade ao adoecimento (David, 2002; Noguchi, 2002).

Mais recentemente, nossas preocupações estão voltadas para as atuais discussões sobre Humanização (Deslande, 2004) e Cuidado (Ayres, 2000, 2004a,b,c) nas práticas assistenciais, como decorrência de um esforço em estabelecer, na gestão do serviço, estratégias para uma abordagem integral da saúde com vistas ao estímulo ao diálogo permanente entre os sujeitos presentes (trabalhadores e usuários) e a aproximação entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dos usuários (Oliveira LA et al., 2005).

A perspectiva do Cuidado, abordada por Ayres (2000, 2004a), como promoção de bem-estar para além da correção de distúrbios, não exclui do sujeito que é cuidado o poder de juízo sobre suas necessidades. Isso implica uma exigência de compartilhamento de critérios normativos e esforços dos

serviços por meio de seus trabalhadores no sentido de aproximar suas respostas às necessidades expressas por indivíduos e coletividades (Oliveira LA, 2003).

Chamamos a atenção para um dos aspectos dessa exigência: o compartilhamento de critérios normativos entre profissionais e usuários, por vezes não congruentes, mas que, ainda assim, concretizam o encontro entre dois sujeitos. É nesse encontro que se realiza a re-construção de práticas e de intersubjetividades (Ayres, 2000). Essa perspectiva tem como eixo a defesa do caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas presentes nas práticas em saúde, contrárias ao caráter individualista, apriorístico e objetificado que marcam as visões tecnicistas (Ayres, 2001). Ainda implica o interesse em *reconhecer,* nas relações intersubjetivas, projetos de vida e de felicidade na autêntica busca por *sucessos práticos*, no movimento mesmo em que se busca os *êxitos técnicos* das ações de saúde, indispensáveis porém insuficientes se temos como horizonte a perspectiva do Cuidado. Colocar como horizonte a perspectiva do Cuidado traz como exigência mais do que a construção de um objeto para nele intervir; há que se construir projetos partilhados e partilháveis. Nas palavras de Ayres:

> 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 amorfa, de sua presença no mundo (Ayres, 2001: 71).

Assumindo essa perspectiva como importante para as finalidades do presente estudo, buscar-se-á compreender a delicada relação entre a

técnica/tecnociência e a moral, considerando o horizonte do Cuidado para as práticas de saúde e as recomendações da Política Nacional de Humanização (PNHSUS) que destaca a importância da comunicação entre os diferentes atores dos espaços assistenciais.

Propõe-se registrar os valores e propostas formuladas para as práticas assistenciais a partir das situações julgadas pelos profissionais como de conflito para a ação profissional, nas relações entre os sujeitos presentes no contexto dos serviços ambulatoriais especializados no seguimento das pessoas vivendo com HIV/aids.

1.2 Contextualizando a epidemia de HIV/aids e seus impasses na atenção à saúde

Uma das características mais interessantes no enfrentamento da epidemia da aids se refere à forma como esta foi construída socialmente. Através de mobilizações e da militância de pessoas afetadas, elas retomaram o discurso dos Direitos Humanos e direitos à saúde e, com isso, contribuíram, e contribuem, de forma muito ativa para a construção da atual política de enfrentamento dessa epidemia no Brasil e no mundo. Parker et al. (1994) registram, por exemplo, que no início da epidemia criou-se a *Gay Men´s Health Crisis*, com o propósito de encorajar e ajudar a financiar pesquisas sobre a nova doença. Essa foi uma tendência marcante das organizações sociais que começaram a militar no sentido de buscar respostas possíveis que levassem em conta as diversidades de questões associadas à epidemia.

> Durante os últimos anos então, esses diversos grupos e organizações começaram gradualmente a abrir um novo campo na luta contra a AIDS no Brasil – criar o que pode ser descrito como uma política de AIDS destinada a combater não apenas a epidemia da infecção pelo HIV, mas também a terceira epidemia de preconceito e discriminação. Estiveram na frente de batalha na denúncia da discriminação contra pessoas com AIDS, bem como de pessoas consideradas em maior risco, e centralizaram seu combate, acima de tudo, talvez, nos efeitos da estigmatização e da marginalização. Em última instância, ofereceram, em oposição a isso, a noção de solidariedade como a única resposta realmente aceitável contra a AIDS (Daniel e Parker, 1991: 28).

Mas, se a pandemia implicou mobilização social, em busca de respostas para as pessoas afetadas, essa também evidenciou temas tabus que nunca foram tão debatidos publicamente quanto em tempos de aids. Assistimos nos últimos vinte anos à transição do pólo da discriminação das pessoas afetadas, por referência a orientação sexual e/ou comportamentos julgados inadequados socialmente, como por exemplo, o uso de drogas, até o reconhecimento da vulnerabilidade de todas as pessoas, considerando os diferentes contextos sociais de acesso a recursos; gênero etc (Ayres et al.,1999).

É nesse contexto que também assistimos a uma série de transformações nos serviços de saúde, como parte das respostas à epidemia do HIV/aids. Chamados a controlar e cuidar das pessoas afetadas, os serviços de saúde estruturados em nosso país tiveram que rapidamente se instrumentalizar e operar novas tecnologias de modo a responder à doença. Conforme registram Parker et al. (1994):

> [...] serviços inteiros transformam-se para poder dar conta da nova doença: onde se atendia doenças infecciosas há muito conhecidas e caracterizadas, passou-se a conviver com pacientes com infecções múltiplas; o que tinha sido curável (pneumonia, tuberculose, diarréia) passou a ser

> incurável; o que era raro (como sarcoma de Kaposi) passou a ser comum; o que era conhecido e diagnosticável passou a ser de difícil diagnóstico e sem respaldo do saber médico [...] fluxos financeiros inesperados provocam diferenciações nos serviços, criando "ilhas de primeiro mundo" dentro de um panorama de degradação e carência.

Esse cenário traz enormes desafios para o campo da assistência, uma vez que combinam a necessária competência técnica para o seguimento dos casos e controle da epidemia, com as demais implicações associadas ao contexto do HIV/aids e suas exigências.

1.3 A natureza dos impasses no contexto assistencial e o recurso aos Direitos Humanos

Entre os aspectos que a epidemia traz de maneira muito evidente e nova para os serviços, destacam-se os aspectos morais. Em função das próprias características da transmissão da doença (transmissão sexual, uso de drogas injetáveis) e da estigmatização e preconceitos de que se revestem socialmente, o agir técnico freqüentemente esbarra, seja na atenção ao doente, seja nas medidas de prevenção e de vigilância epidemiológica, em conflitos morais – entendidos aqui como situações em que dois ou mais interesses legítimos estão em conflito e não podem ser dirimidos *a priori* (Freitag, 1999).

Zancan (1999) realizou um estudo no Município do Rio de Janeiro que objetivou compreender os dilemas morais envolvidos nas ações de controle e atenção aos pacientes com HIV/aids, tomando como referência a experiência dos profissionais de saúde. A autora ressalta que tais situações de conflito impõem reflexões acerca de valores e princípios em jogo,

presentes nas tomadas de decisões nos espaços assistenciais, tornando necessário um cuidadoso processo de negociação com os usuários acerca das ações propostas.

Dentre outras situações apontadas pelo estudo de Zancan (1999) como dilemas para os profissionais, nos parece particularmente importante àquele que se referiu ao conflito entre interesses e valores individuais e interesses e valores coletivos – entre autonomia individual (dos pacientes) e a proteção dos interesses públicos, representado por terceiros que possam ser prejudicados em sua saúde pelas pessoas vivendo com HIV/aids.

Essa mesma situação de divergência de interesses entre usuários e profissionais, apoiada na percepção por parte dos profissionais de possíveis situações de risco da transmissão do HIV para terceiros, também pode ser observada em três dos estudos acima citados, realizados por nossa equipe em serviços especializados na Cidade de São Paulo (Oliveira LA, 2003; Silva, 2003; Landroni, 2004). Tendo como foco as questões reprodutivas no contexto do HIV/aids, os resultados desses estudos apontaram para a existência de certa resistência dos serviços em relação a possíveis demandas reprodutivas no contexto do HIV/aids, apoiados na lógica do controle da transmissão vertical do HIV e na gestão dos riscos da infecção ao concepto e/ou a parceiros sorodiscordantes. Por outro lado, foi positivamente identificada, no discurso das mulheres usuárias dos serviços, a manifestação de necessidades ligadas à saúde reprodutiva e/ou o desejo pela maternidade, apesar deste desejo ser pouco explicitado pelas usuárias nos espaços de atendimento. O desejo pela maternidade manifestado por

mulheres vivendo com HIV/aids também foi registrado por Paiva et al. (2002) em estudo realizado em duas cidades do Estado de São Paulo com mulheres em acompanhamento em serviços especializados. A justificativa, nesse estudo, para o silêncio em relação a não manifestação de interesses ligados a possibilidades de ter filhos foi fundamentalmente o receio de "represálias", considerando-se de antemão que os profissionais poderiam julgar impertinentes esse tipo de demanda.

Os dilemas identificados nesses estudos recebem um enfoque esclarecedor quando examinados à luz das relações entre Direitos Humanos e Saúde Pública (Mann et al., 1994; Mann, 1996), e, em particular, aos aspectos relativos à garantia dos direitos individuais e/ou subjetivos e os interesses coletivos da saúde pública (França Junior e Ayres, 2003).

Ao tomar as discussões acerca das relações entre Direitos Humanos e Saúde Pública, França Junior e Ayres (2003), apoiados nos estudos de Mann (1996), chamam a atenção para três grupos básicos de relações entre saúde pública e direitos humanos: as relações recíprocas entre Saúde e Direitos Humanos (como por exemplo, o direito à vida); os impactos das violações dos Direitos Humanos sobre a Saúde Pública (como exemplo, as populações que não têm seus direitos respeitados e garantidos têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte) e os impactos das ações de saúde pública sobre a violação de Direitos Humanos (como exemplo os sistemas de quarentena – usuais no século XIX e início do XX - que suspendem o direito de ir e vir).

Essa discussão toca de perto o campo da aids, uma vez que os interesses de controle epidêmico (de interesse coletivo) freqüentemente se chocam com direitos subjetivos ou individuais, gerando a necessidade da produção social de novos parâmetros, legais tanto quanto éticos, para a arbitragem dos impasses surgidos.

Por essa razão, o campo jurídico passou a ocupar um lugar de destaque na construção das respostas à epidemia, com a defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids sendo ativamente relacionada à Declaração dos Direitos Humanos (1948), não apenas no Brasil, mas em âmbito internacional[1].

Tendo o discurso dos Direitos Humanos como pilar para as discussões jurídicas dirigidas ao estabelecimento de normas e/ou produção de orientações para a proteção e garantias de interesses das pessoas vivendo com HIV/aids, vamos destacar um dos documentos produzidos pela Câmara Técnica de Ética e Cidadania de DST/aids, relativo à legislação sobre DST/aids no Brasil (Brasil, 2000)[2]. Este documento registra, dentre outros assuntos, os pareceres do campo jurídico produzidos a partir de consultas

[1] Mann; Tarantola e Netter (1994), na obra AIDS NO MUNDO, enfatizaram que os problemas relacionados aos Direitos Humanos foram criados pela forma de implementação das medidas de saúde pública, nos primeiros anos da epidemia, uma vez que, foram adotadas em muitos países, medidas de caráter restritivo e coercitivo-como testes compulsórios; isolamento das pessoas soropositivas, o que levou as organizações de proteção aos Direitos Humanos a questionar a adequação das legislações à Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 (Zancan,1999).

[2] Esse documento realiza uma extensa compilação de normas nacionais e internacionais relativas aos Direitos Humanos (volume I); normas federais sobre organização administrativa (volume II tomo I); normas federais sobre políticas públicas relativas a medicamentos, preservativos, aleitamento, sangue, pesquisa, imigração, seguros e planos de saúde, medidas educativas, previdenciária e assistência social, trabalho público e privado, civil e militar, benefícios fiscais, direito penal e execução penal, além de normas éticas do Conselho Federal de Medicina (volume II – tomo II); o volume III, encerra a série agrupando normas estaduais, municipais e do Distrito Federal, cuidando de uma série de matérias (Rios, 2003).

realizadas por diferentes instituições, no período de 1992 a 1997 (Legislação sobre DST/aids no Brasil - Cap XII, item 3 Pareceres, 1998).

O que chama a atenção no documento é justamente o elenco de questões que provocaram as consultas. Essas, em seu mérito, estão em geral associadas a necessidades de controle epidêmico que, por vezes, significam a negação da autonomia e interferência na vida privada das pessoas envolvidas. Suas orientações foram dirigidas para profissionais de saúde; profissionais de instituições carcerárias e de abrigos para crianças e jovens. Os temas objeto das consultas foram relativos à quebra do sigilo profissional quanto à revelação diagnóstica a terceiros; realização de exames sorológicos para detecção do HIV em crianças e jovens institucionalizados e/ou para adoção e/ou por solicitação dos pais; a exigência de apresentação de exames sorológicos para detecção do HIV como pré-requisito para internações em clínicas para recuperação de usuários de drogas; situações ligadas à recusa do tratamento profilático no controle da transmissão vertical do HIV em mulheres grávidas portadoras do vírus, entre outras.

As bases de orientação geral desses pareceres estiveram amparadas nos princípios de respeito à dignidade, privacidade, tolerância e autonomia dos sujeitos, garantia de acesso a cuidados, princípios esses apoiados no discurso dos Direitos Humanos e Código de Ética Profissional – da Medicina. Como recomendações para as questões ligadas às necessidades de exames para detecção do HIV, foi sugerido atender-se a critérios epidemiológicos associados às situações, resguardando os interesses no

cuidado à saúde da pessoa envolvida, sua concordância ou consentimento e esclarecimentos quanto à necessidade do exame, diagnóstico e prognóstico.

Também os profissionais, principalmente os médicos, formalizaram, através de seus Conselhos, documentos que procuram balizar os eventuais conflitos presentes no contexto da assistência especialmente dirigida a pessoas vivendo com HIV/aids. Um dos exemplos nessa direção foi a publicação do caderno especial do Conselho Regional de Medicina de São Paulo – (CREMESP), de 2001, – *"Aids e Ética Médica"*, onde revisou-se os artigos do Código de Ética Médica; Leis Federais; resoluções e pareceres dos Conselho Federal de Medicina e Regionais, assim como recomendações do Programa Nacional de DST e Aids, com vistas a tratar de temas, como: sigilo profissional; reprodução assistida; discriminação; direitos do paciente; aborto; eutanásia dentre outros, todos esses diretamente associados ao cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids.

Em que pesem todos os esforços legais que procuram criar parâmetros para as práticas, ainda permanecem questões relativas às possibilidades de construção de uma ética para os espaços assistenciais que, frente às singularidades e contingências do cotidiano da atenção à saúde, forneça uma referência, um horizonte que possibilite o diálogo permanente entre as necessidades dos usuários e as possibilidades/responsabilidades institucionais, guardando a necessária construção do novo em cada ato, sem se afastar das finalidades e intencionalidades do trabalho.

Nesse sentido, guarda forte interesse um movimento que, a partir dos anos 90, vem sendo desenvolvido em nosso País e voltado à humanização

da atenção à saúde. Esse movimento, já formalizado em uma Política Nacional de Humanização (PNH), busca desenvolver a discussão e redefinição das práticas de saúde por dentro do sistema de atenção, considerando que os compromissos sociais dessas práticas se estendem para além do acesso e utilização dos procedimentos e recursos técnicos. Esse enfoque demarca a necessidade de problematizar as práticas assistenciais com base em exigências para além das competências técnicas operacionais dos serviços de saúde, enfatizando os aspectos relacionais inerentes a essa ação (Deslandes e Ayres, 2005). O discurso da necessária "humanização" dos serviços de saúde tem fornecido as bases para uma ampla discussão em torno do resgate de uma ética do cuidado e da valorização das dimensões relacionais e subjetivas (intersubjetivas – como veremos) das práticas de saúde (Deslandes, 2004).

1.4 O Discurso da Política de Humanização da Saúde: uma promissora referência

Intimamente vinculado aos princípios e paradigmas dos Direitos Humanos, assim como aos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), o discurso sobre a Humanização na Saúde, que emerge a partir dos anos 90, retoma as idéias de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Inicialmente o discurso oficial ligado à Humanização configurou-se como Programa (Programa Nacional de Humanização Hospitalar – o PNHH) (Brasil, 2000) para subsidiar mudanças na qualidade da assistência prestada

em Hospitais ligados ao SUS. Em documentos mais recentes, o Ministério da Saúde transformou o que, inicialmente, foi concebido como Programa, tendo como alvo prioritário a assistência Hospitalar, em uma Política para o SUS, o HumanizaSUS (Brasil, 2003), que visa estabelecer diretrizes políticas e operacionais para a Humanização de todos os Serviços de Saúde ligados ao SUS.

No que se refere à efetivação desse discurso, presencia-se iniciativas como: projetos para a Humanização do Parto; Maternidade Segura; Método Canguru; a criação da rede virtual HumanizaSUS, assim como a criação de prêmios para incentivo a experiências bem sucedidas no sentido da Humanização.

Chama-nos a atenção à definição do termo "Humanizar[3]" expresso em um dos primeiros documentos oficiais veiculados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000):

> [...] Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

[3] Em documentos mais recentes o Ministério da Saúde define Humanização como uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estético porque relativo ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualiza_texto.cfm?dtxt=28361 consultado em 21/11/2008)

É particularmente interessante o destaque para a perspectiva comunicacional como exigência para a aproximação do que se espera de um processo de humanização na assistência, pressupondo, no plano ideal, que, para promover uma assistência humanizada, será necessário promover efetivos diálogos entre os sujeitos envolvidos (profissionais - pacientes) e, nesse sentido, admite-se que é necessário resgatar a dignidade ética da palavra, principalmente da palavra do paciente.

Deslandes (2004), ao analisar os documentos oficiais acerca da humanização da assistência hospitalar, chama a atenção para a peculiaridade do Programa Nacional de Humanização Hospitalar (2000), comparada às outras políticas do setor, uma vez que esta se propõe a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, aprimorando as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições. A autora indica que a referida política conforma-se como diretrizes de trabalho, que aspira uma nova práxis para a atenção à saúde.

Essa nova práxis tem caráter processual e complexo, não se restringindo a um desafio de natureza exclusivamente comportamental, mas se referindo à natureza sociológica das dificuldades comunicacionais na relação entre profissionais e usuários de serviços de saúde, tais como a cultura organizacional e os recursos para uma mudança na mesma; as relações assimétricas entre profissionais - pacientes; e a hegemonia de uma objetividade científica utilitarista (Deslandes, 2004).

Em documentos mais recentes, o Ministério da Saúde (Brasil, 2003), estabeleceu princípios norteadores para o que passou a chamar de Política Nacional de Humanização para a Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Esses princípios estão assim expressos:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

- Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade;

- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

- Co-responsabilidade desses sujeitos no processo de gestão e atenção;

- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Mesmo considerando que, estruturalmente, as respostas no campo da assistência à aids produziram bons resultados e são diferenciadas em relação a outros serviços de saúde (Nemes, 2001); no que tange à aproximação do ideário preconizado pela Política Nacional de Humanização, ainda são desafios para a assistência também no campo da aids os aspectos comunicacionais registrados por Deslandes (2004). Tais dificuldades ocorrem, sobretudo, quando essa comunicação se refere a

situações que envolvem diferentes entendimentos e/ou interesses entre usuários e profissionais (sugerindo possíveis conflitos) do que seja o “melhor” a fazer pela e para a saúde no contexto do viver com HIV/aids.

Vê-se, portanto, que os conflitos morais trazidos aos serviços pela epidemia de aids encontram no quadro dos Direitos Humanos e nos princípios de Humanização da atenção da saúde horizontes fecundos para a reflexão e busca de soluções práticas, balizadas pelo valor que conferem ao respeito, à diversidade e à comunicação simétrica e plena entre usuários e profissionais. Contudo, essas mesmas referências tornam a apontar que esse respeito à diversidade e à comunicação não nos exime de colocar em questão o debate normativo acerca do que é correto ou não fazer quanto ao cuidado das pessoas, individualmente e em termos coletivos. Ao contrário, apontam-nos que é exatamente uma ativa e desarmada busca dessa normatividade que mais ricamente faz emergir a diversidade e que mais fortemente reclama verdadeiros processos comunicacionais em nossas práticas cotidianas.

Por isso, julgamos que a busca da Humanização, pela via da interpenetração entre as lógicas da saúde e dos Direitos Humanos implica muito imediatamente uma problemática de ordem substantivamente ética, a qual tem sido trabalhada por uma outra vertente de reflexão crítica sobre a atenção à saúde, o campo da Bioética.

1.5 A aposta na Bioética como novo referencial ético para a saúde

O termo “Bioética” foi veiculado no início dos anos 70, com a finalidade de fazer refletir sobre os efeitos e dilemas morais oriundos das práticas em saúde, apoiadas cada vez mais nos avanços tecnológicos e das ciências biológicas, que possibilitaram importantes interferências na vida tanto das pessoas quanto do planeta (Anjos, 1996).

> Nós temos uma grande necessidade de uma ética da terra, uma ética para a vida selvagem, uma ética de populações, uma ética do consumo, uma ética urbana, uma ética internacional, uma ética geriátrica e assim por diante... Todas elas envolvem a Bioética, [...] Esta nova ética pode ser chamada de ética interdisciplinar, definindo interdisciplinaridade de uma maneira especial para incluir tanto a ciência como as humanidades, mas este termo é rejeitado, pois não é auto-evidente (Potter[4] apud Goldim, 1997).

Conforme registraram vários autores do campo, o primeiro texto a utilizar a palavra *Bioética*, em língua inglesa, foi de Van Rensselaer Potter, oncologista da Universidade de Wisconsin, nos Estados Unidos, em artigo com o sugestivo título de *Bioethics, the science of survival*. Posteriormente, esse artigo foi incorporado ao texto do capítulo I do livro *Bioethics: bridge to the future,* publicado em janeiro de 1971 (Goldim, 1997).

Cerca de seis meses após, André Hellegers, obstetra holandês, fisiologista e demógrafo da Universidade de Georgetown, ao fundar o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, utiliza o mesmo termo, porém com um sentido associado a uma ética das ciências da vida, particularmente consideradas na perspectiva

[4] Potter VR. Bioethics, the science of survival. Perspectives in biology and medicine 1970; 14:127-153.

do humano, sentido esse mais corrente entre os estudiosos da Bioética (Anjos,1996; Neves, 1997; Zoboli, 2003).

Para compreender o contexto de emergência das preocupações registradas inicialmente por Potter (1962, 1970, 1971), Neves (1997) registra em seu artigo, que tratou da fundamentação antropológica da Bioética, as condições políticas, sociais e tecnológicas que possibilitaram a emergência da Bioética. Em suas palavras:

> Foi a verdadeira revolução biológica desencadeada pela descoberta do DNA, por Crick e Watson, em 1953, que criou as condições para o vertiginoso movimento de inovação tecnológica que se lhe seguiu e que foi pautado por grandes sucessos em áreas diversas como: transplantes, reprodução genética, ressuscitação, etc. Simultaneamente em nível sócio político, revigorava-se o poderoso movimento dos direitos humanos, sobretudo durante as décadas de 60 e 70, com a contestação da guerra do Vietnã e o conseqüente desafio da "autoridade" instituída, e também com a luta pela igualdade de direitos entre brancos e pretos, entre homens e mulheres. Na confluência destes fatores encontramos a crise da noção de progresso como essencialmente positiva e a intensificação do questionar da ciência. É o despertar de uma nova consciência de se ser, de um apurado sentido humano, que se interroga pelo "que devo fazer?" "face ao "que posso fazer"? (Neves, 1997: 1).

É nesse sentido que esse novo discurso buscou envolver, no campo das decisões envolvendo diferentes áreas da vida, os fatos biológicos e os valores humanos a eles diretamente vinculados. Zoboli (2003) nos apresenta a seguinte definição para a Bioética a partir da introdução à segunda edição da Enciclopédia de Bioética (Reich[5], 1995a):

> O estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar (Reich apud Zoboli, 2003: 4).

[5] Reich WT, org. *Bioethics Enciclopedya*. 2ª ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995a.

O discurso da Bioética fundamentou-se em teorias morais que procuravam responder aos problemas humanos no sentido de propor uma reflexão acerca dos caminhos possíveis, considerando saberes interdisciplinares. Não se trata, portanto, de uma disciplina prescritiva, do ponto de vista moral, mas é antes um convite à reflexão ou ao reexame a partir de um olhar interdisciplinar, tendo como desafio, no que se refere especialmente ao campo da saúde, as exigências para a autonomia dos indivíduos ou populações, respeito à diversidade e às diferenças culturais (Reis Rosa, 2002).

Tratando-se de uma área de estudo bastante recente, é interessante registrar as tendências presentes em sua construção. Conforme registrado por Zoboli (2003), dentre os paradigmas mais comuns destacam-se o do **liberalismo,** que está apoiado nos Direitos Humanos, tendo como valor central a autonomia do indivíduo sobre seu corpo e as decisões relativas a sua vida; das **virtudes**, que coloca a tônica na boa formação do caráter e da personalidade das pessoas ou dos profissionais; o da **casuística,** que incentiva a análise dos casos a fim de elaborar características paradigmáticas para analogias em situações semelhantes; o **narrativo,** que entende a intimidade e a identidade experimentadas pelas pessoas ao contarem ou seguirem histórias como um instrumental facilitador da análise ética; o do **cuidar,** que defende a importância das relações interpessoais e da solicitude e o **principialista**, baseado nos princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

O principialismo é a tendência mais difundida, por propiciar uma linguagem simples, objetiva e que possibilita a verbalização de percepção e sentimento éticos frente a problemas práticos do cotidiano (Zoboli, 2003).

Lagonegro (2005), por exemplo, propõe a utilização do principialismo para a discussão de casos em ambulatórios especializados no seguimento de pessoas vivendo com HIV/aids, por equipes multiprofissionais. Considera que essa prática é promissora para indicação de possíveis soluções, assim como possibilita, no entendimento do autor, a ampliação do "olhar" sobre os casos que representam dilemas ou problemas, sob diferentes perspectivas de profissionais com distintas formações e experiências.

> Assim, mesmo sem formalmente estar estabelecido, já está sendo iniciado o exercício da Bioética. As reflexões coletivas sobre posicionamentos individuais provenientes da discussão de caso são particularmente úteis para a equipe toda. Esse expediente tem se mostrado bastante produtivo, permitindo que assuntos considerados tabu, e que são tratados no limbo da prática diária, possam ter uma condução mais clara e eficiente" (Lagonegro, 2005: 3).

Em que pesem as diferentes tendências encontradas nos discursos da Bioética, parece importante o engajamento dessa disciplina no referencial dos Direitos Humanos ao longo de sua história, sobretudo ao tomar como principio a garantia da dignidade humana frente aos avanços tecnológicos para além de uma perspectiva estritamente liberal, ou ligada a liberdades individuais. A atual discussão acerca dos Direitos Humanos considera todos os Direitos Humanos como interligados e interdependentes, como explica Piovesan (1998): "sem a efetivação dos direitos sociais, econômicos e culturais, os direitos civis e políticos se reduzem a meras categorias formais". Não há, por exemplo, como conceber liberdade dos indivíduos

divorciada da justiça social, onde o sujeito é reconhecido em suas especificidades e peculiaridades. Nesse sentido vale destacar a Declaração de Direitos Humanos e Bioética (Unesco, 2005), que já na introdução anuncia a incorporação dos princípios que norteiam o respeito pela dignidade humana, reconhecendo a interligação que existe entre ética e Direitos Humanos no domínio especifico da Bioética. Dos 28 artigos que compõem essa declaração, chamamos a atenção para o artigo 18, que trata da tomada de decisões e tratamento das questões de Bioética no âmbito da aplicação dos princípios para a ação profissional:

- Aplicação dos princípios:

> Artigo 18º: Tomada de decisões e tratamento das questões de Bioética:
>
> 1. Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todo e qualquer conflito de interesses e uma adequada partilha dos conhecimentos, devem ser encorajados. Tudo deve ser feito para utilizar os melhores conhecimentos científicos e as melhores metodologias disponíveis para o tratamento e o exame periódico das questões de Bioética.
>
> 2. Deve ser levado a cabo um diálogo regular entre as pessoas e os profissionais envolvidos e também no seio da sociedade em geral.
>
> 3. Devem promover-se oportunidades de um debate público pluralista e esclarecido,que permita a expressão de todas as opiniões pertinentes (Declaração De Bioética e Diretos Humanos, 2005: 10).

Essa particular posição parece ir ao encontro das atuais discussões acerca da humanização da saúde, conforme já registrado anteriormente, sobretudo destacando-se a necessidade do compartilhamento dos conhecimentos, reforçando-se o diálogo permanente entre as pessoas envolvidas e profissionais (aqui se amplia inclusive para a sociedade),

sobretudo nas situações em que há conflitos que não devem ser dirimidos sem a consideração de todos os implicados. Desse modo, ao invés de nos apoiarmos em uma tendência ou outra da Bioética, como apresentado por Zoboli (2003), nos parece apropriado para as finalidades da proposta deste estudo, tomarmos essa disciplina em sua interface com o discurso dos Direitos Humanos.

Mas, ainda, é necessário outra intermediação, considerando os desafios desse estudo e as possibilidades apresentadas pela Bioética como um discurso ponte entre questões éticas e o fazer em saúde. Precisaremos de uma aproximação a essa disciplina, a partir de proposições de uma "ética prática", ou seja em seu aspecto pragmático, a partir de sua inserção no fazer em saúde. A esse respeito Hans-Martins (2007) com base nos postulados de Fritz Jahr[6], primeiro a utilizar o termo Bioética, na Alemanha em 1927, situa a Bioética entre a ética prática e a ética aplicada. Diferencia ambas, situando a primeira como a aplicação de princípios teóricos e conhecimentos tomados como absolutos às situações concretas, enquanto a ética prática busca que os princípios e as virtudes realizem nas ações, os valores que são essenciais e defensáveis e foram perpetrados a partir da situação concreta. A Bioética fica entre uma e outra, pois sem abrir mão de princípios, requer compromissos e atitudes com poderes para a formação do caráter e personalidade que resultem na vivência, ou ao menos, na

[6] Em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética (*bio* + *ethik*). Esse autor caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos. Esse texto, encontrado por Rolf Löther, da Universidade de Humboldt, de Berlim, e divulgado por Eve Marie Engel, da Universidade de Tübingen, também da Alemanha, antecipa o surgimento do termo Bioética em 47 anos. No final de seu artigo, Fritz Jahr propõe um "imperativo bioético": respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal (Goldim, 2006: 2).

incorporação na prática, dos princípios, e não a sua mera aplicação protocolar. Nesse sentido, nos pareceram apropriadas às proposições de Gracia (1991, 2005), em sua metodologia procedimental para decisões em ética clínica e as conceituações que faz acerca do conflito moral como um conflito de deveres, (questões que detalharemos mais adiante). É desse modo que esperamos nos aproximar das questões consideradas pelos profissionais de saúde como de conflitos morais no contexto de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids.

2- OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar os principais conflitos morais experimentados por profissionais de saúde na atenção desenvolvida em serviços especializados em HIV/aids no Município de São Paulo, buscando compreender as razões desses conflitos e o modo como tem sido manejado no cotidiano do trabalho.

2.2 ESPECÍFICOS

- Inventariar as situações de prática que envolve conflitos entre interesses e valores de profissionais de saúde e pacientes vivendo com HIV no desenvolvimento das ações de atenção à saúde realizada pelas equipes dos serviços especializados em âmbito individual e de prevenção secundária;
- Compreender as perspectivas éticas dos diversos sujeitos envolvidos nas situações identificadas, buscando interpretar os fundamentos das pretensões normativas levantadas e as soluções encontradas, ou procuradas, para os conflitos, tomando por referência o ideal de humanização da atenção à saúde.

3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 A natureza do estudo

Assumindo que a identificação das situações consideradas como de conflitos estão permeadas por subjetividades, intencionalidades e valores, tanto dos profissionais como dos usuários, propõe-se desenvolver estudo de natureza qualitativa.

A pesquisa qualitativa coloca-se como opção metodológica na medida em que reconhece a subjetividade como parte integrante do fenômeno social e possibilita, pelo rigor do instrumento teórico e técnico adequado, a objetivação do processo de investigação.

> [...] ao invés de reconhecer na subjetividade a impossibilidade de construção científica, essas abordagens [...] consideram como parte integrante da singularidade do fenômeno social. Na medida em que acredita que a realidade vai além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos, trabalham com dados qualitativos que trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos (Minayo, 1996: 34, 35).

A aproximação metodológica aqui proposta quer conformar-se aos moldes de uma "ética descritiva", que, conforme afirma Zoboli (2003), se refere à investigação factual da conduta moral, utilizando-se de procedimentos e metodologias de cunho científico para estudar como as pessoas solucionam problemas e agem. Sem desconsiderar o horizonte normativo que inexoravelmente orienta o pesquisador, esse tipo de

abordagem não se engaja diretamente em questões do tipo: ‘o que deve ser feito’ ou ‘qual o uso apropriado dos termos éticos’, mas indaga por ‘como as pessoas pensam que deveriam agir nesta situação particular que é objeto de preocupação normativa’ ou ‘que fatos são relevantes para esta questão da ética normativa?’ Ou ainda: ‘como as pessoas realmente se comportam nesta circunstância particular que traz problemas éticos?’.

Nesse sentido, questões como, por exemplo, direitos reprodutivos e aids, revelação de diagnóstico a terceiros, exames para detecção do HIV em crianças e jovens, dentre outras, serão tematizadas a partir do que os profissionais de saúde pensam e de como agem diante dessas situações e quais as saídas encontradas e seus aportes.

3.2 Apresentando o referencial teórico

Conforme já registramos, esse estudo toma a Bioética para a leitura das questões dos conflitos de natureza moral que emergem no campo da assistência à saúde, considerando as preocupações apontadas por essa disciplina no sentido da compreensão acerca das decisões que envolvem valores humanos frente às possibilidades de intervenções tecnológicas no campo da saúde. Busca-se especialmente, seu enfoque na ética das ciências da vida e da saúde, combinando estudo e reflexão, assim como traçando uma ponte entre as ciências biológicas e humanas através de um diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria como modo de usar o conhecimento para o bem social, a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida.

Para a leitura do próprio conflito de ordem moral manifesto nas relações estabelecidas no contexto assistencial, será necessário recorrer a uma teoria do campo da ética que nos ajude a compreender e apontar caminhos que sejam congruentes aos princípios ora apontados pela Bioética, ora pelo discurso dos Direitos Humanos, ora pela própria perspectiva do Cuidado, aqui já apresentada.

Nesse sentido, utilizaremos como referencial teórico os estudos relativos a questões da moralidade a partir da Teoria da Ação Comunicativa como proposta por Jürgen Habermas (l989, 1991, 2002, 2003), filósofo alemão contemporâneo. Tomaremos como referência, em particular, a sua ética do Discurso, buscando explorar como essa teoria pode dialogar com as atuais discussões da Bioética, assim como contribuir para a compreensão das indicações da PNHSUS.

Mas antes de apresentar propriamente a teoria habermasiana, que será nosso "fio condutor" para a análise, é necessário apresentar, mesmo que de forma sintética ou bastante resumida, algumas bases históricas da própria teoria da moral, da ação e da razão, até chegarmos à tradição filosófica à qual se filiou aquele autor.

3.2.1 - A moral em sentido clássico: o saber que informa a vida prática

Nas raízes da tradição ocidental de pensamento sobre a moral destaca-se a figura paradigmática de Aristóteles (384-324 aC). Para esse filósofo, a virtude é de duas espécies: intelectual e moral. A primeira é

adquirida através do ensino e requer, portanto, tempo e experiência. A segunda é adquirida pelo hábito. Moral[7], em termos aristotélicos, e nesse caso a ética[8], carrega a sabedoria prática *(phronesis)* que se relaciona ao conhecimento vivido e difere da *epistéme* (ciência) por não se tratar de um saber objetivo, mas se referir ao "saber" que informa o que se deve fazer nas situações concretas. Assim, nenhuma virtude moral surge por natureza, mas também nada pode formar hábito contrário à sua natureza (Bini, 2002).

Numa perspectiva hermenêutica, Gadamer (2003) toma o saber da ética aristotélica como aquele tipo de saber que nos atinge diretamente (ou aquilo que já sabemos de antemão) e que condiciona nosso agir. Em suas palavras:

> O saber ético, como é descrito por Aristóteles, não é evidentemente um saber objetivo. Aquele que sabe não está frente a uma constelação de fatos, que basta constatar, mas é atingido diretamente por aquilo que ele conhece. É algo que ele sabe que deve fazer (Gadamer, 2003: 414).

Para Aristóteles, o objeto do "saber moral" se refere ao homem e o que este sabe de si mesmo. É o saber que é construído a partir da vivência. Em outras palavras, o sujeito que atua está às voltas com coisas que nem sempre são como são, pois podem ser também diferentes (Gadamer, 2003).

---

[7] **Moral**: É um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade, de tal maneira que estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, sejam acatadas livre e conscientemente, por uma convicção íntima e pessoal (Vázquez, 2001).

[8] Na doutrina de Aristóteles a ética está subordinada à política fazendo, de certo modo, um contraponto as proposições platônicas que defendiam a existência de um "bem em si" próprio da sabedoria da alma. A teoria moral aristotélica busca seu ideal, não em uma idéia universal inatingível do bem e do belo e verdadeiro, mas em uma concepção de felicidade, alcançada pela ação, reflexão e experiência, consubstanciada no conceito de justiça (Freitag, 1997).

Conforme registra Ayres (2008), Aristóteles distinguia três diferentes esferas de saberes conforme suas características e pretensões: a *theoria;* a *poiesis e* a *phronesis.*

A *theoria* diz respeito ao conhecimento de universais, das verdades perenes, das identidades e movimentos, que sendo algo, não podem ser diferentes. É o plano da *epistéme*.

A *poiesis* se refere à atividade e produção de artefatos com base nos talentos humanos, é a esfera da criação de objetos a partir da matéria no mundo e que dá origem a *techne*[9]. "Instruída racionalmente, essa atividade passa a buscar e acumular princípios sobre o saber fazer, voltando-se para a produção de bens e instrumentos de interesse para a vida humana" (Ayres, 2005).

A *phronesis,* essa terceira esfera de saber, se refere à busca de valores de interesse humano na construção da Boa Vida. Sua reprodução e transmissão não são de caráter cumulativo, mas se expressam na sabedoria prática.

Aprendemos com Aristóteles que a ética se refere ao saber prático, ou à práxis, e que está ligada à virtude da prudência.

> O prudente é aquele que, em todas as situações, é capaz de julgar e avaliar qual a atitude e qual a ação que melhor

[9][...]o vocabulário técnico vem do grego tecnè, que remonta a um verbo arcaico, teuchô, que significa fabricar, produzir, e a um substantivo, techos, que significa instrumento ou arma. Para Castoriadis, data da época pré-classica o verbo potêo, inicialmente com o mesmo sentido de teuchô. Desse mesmo radical resulta poiesis, e posteriormente poesia. O termo técnica, definido como fazer eficaz, foi utilizado por Platão como sinônimo de conhecimento ou seja, episteme, saber rigoroso e fundamentado. Na época clássica fixa-se o diferencial semântico entre criação (poiesis) e produção (technè) , esta ultima referida a produção de cópias da realidade ou de um modelo. A técnica representa, portanto, a aplicação sistemática de um saber instrumental, distinguindo-se do conhecimento (epistèmè) sobre o produto e sobre o processo de produção. Conforme Foucault, em Lês mots et lês choses, os conceitos de conhecimento e tecnologia foram incorporados nos idiomas ocidentais em diferentes momentos da emergência da ciência moderna, nos séculos XVII e XVIII. O termo tecnologia, rigorosamente, significa o discurso (logos) sobre a técnica (Almeida Filho,1999: 29)

> realizarão a finalidade ética, ou seja, entre as várias escolhas possíveis, qual a mais adequada para que o agente seja virtuoso e realize o que é bom para si e para os outros" (Chauí, 2000: 439).

O saber prático é aquilo que sabemos a partir de nossas experiências de busca da Boa Vida. O saber prático é o que existe em conseqüência de nossa ação no mundo.

Aristóteles demarca a distinção entre a ética e a técnica como práticas que diferem no modo de relação do agente com a ação e com a finalidade da ação. O campo da ação ética está ligado à esfera na qual cabe a deliberação e a decisão, apoiada naquilo que valorizamos ou tomamos como valor. Deliberamos e escolhemos sobre tudo que para acontecer depende de nossa vontade e ação.

> Não deliberamos sobre as estações do ano, o movimento dos astros, a forma dos minerais ou dos vegetais. Não deliberamos e nem decidimos sobre aquilo que é regido pela Natureza, isto é, pela necessidade. Mas deliberamos e decidimos sobre tudo aquilo que, para ser e acontecer, depende de nossa vontade e de nossa ação. Não deliberamos e não decidimos sobre o necessário, pois o necessário é o que é e o que será sempre, independentemente de nós. Deliberamos e decidimos sobre o **possível**, isto é, sobre aquilo que pode ser ou deixar de ser, porque para ser e acontecer depende de nós, de nossa vontade e de nossa ação. Aristóteles acrescenta à consciência moral, trazida por Sócrates, a **vontade guiada pela razão** como o outro elemento fundamental da vida ética (Chauí, 2000: 439).

Será a vontade guiada pela razão e o caráter que toma a consciência moral que orientará a reflexão acerca da vida ética na modernidade**.**

3.2.2 - A moralidade em sentido moderno: a ênfase na razão

Se aprendemos com a moral clássica o valor das virtudes para o enfrentamento de conflitos de natureza moral, será a partir do movimento Iluminista[10] que se destaca e se enfatiza o valor da razão como fio condutor para a vida humana, capaz de construir os alicerces da "Boa Vida".

A obra de Immanuel Kant (1734-1804) constituiu a mais importante inflexão filosófica de fundamentação acerca da racionalidade como capaz de construir e explicar o mundo físico (dos objetos) do conhecimento (a epistême) e o mundo humano dos costumes (a moral) a partir de seus *a priori*. Sua produção procurou responder como é possível para o homem conhecer os fundamentos últimos que são necessários e universais, formando-se a base sob a qual outros filósofos e teóricos se debruçaram na modernidade.

Kant estudou detalhadamente duas formas de manifestação da razão: a razão teórica e a razão prática. Seus comentadores apontam como três as obras sínteses de sua filosofia, onde realiza o julgamento da própria razão: *A Crítica da Razão Pura* (1781), onde examina o problema do conhecimento; *A*

[10]O **Iluminismo** ou **esclarecimento** (em alemão Aufklärung, em inglês Enlightenment), foi um movimento intelectual surgido na segunda metade do século XVIII (o chamado "século das luzes") que enfatizava a razão e a ciência como formas de explicar o universo. Foi um dos movimentos impulsionadores do capitalismo e da sociedade moderna. Foi um movimento que obteve grande dinâmica nos países protestantes e lenta porém gradual influência nos países católicos. O Iluminismo desenvolveu-se na Alemanha, França e Reino Unido. Tinha uma grande influência na Áustria, Itália, Polônia, Países Baixos, Rússia, nos países da Escandinávia e na América. Emmanuel Kant ele próprio um expoente da filosofia desta época, definiu o Iluminismo assim: O Iluminismo é a saída do ser humano do estado de não-emancipação em que ele próprio se colocou. Não-emancipação é a incapacidade de fazer uso de sua razão sem recorrer a outros. Tem-se culpa própria na não-emancipação quando ela não advém de falta da razão, mas da falta de decisão e coragem de usar a razão sem as instruções de outrem. Sapere aude! (ouse saber!) Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.

Crítica da Razão Prática (1788), onde analisa o problema da moral; e a *Crítica da Faculdade de Julgar* (1790), onde estuda a beleza natural e a artística e o pensamento biológico (Chauí, 1999).

A questão da moralidade em Kant se resume, em última instância, na questão do "imperativo categórico", que orienta a ação da razão prática. A razão prática é o complemento necessário da razão teórica. Enquanto a razão teórica permite ao sujeito (epistêmico) conhecer as leis que regem o mundo da natureza, a razão prática conhece as leis do mundo social, ordenado pela vontade dos homens (Freitag, 1989).

> O mundo social ou da sociedade, o reino da liberdade, do possível da indeterminação. [...] O mundo da natureza representa o Sein, cuja finalidade escapa à vontade humana. O mundo social é o mundo do Sollen, cuja finalidade é definida pela vontade humana, motivo pelo qual ele constitui o sistema dos fins (System der Zwecke). No primeiro, o ser, valem os julgamentos científicos; no mundo do dever ser ou dos fins, valem os julgamentos morais (Freitag, 1989: 2).

Critérios para julgamentos morais encontram-se arraigados na razão prática pura, tendo como instrumento privilegiado o imperativo categórico de Kant[11]: "Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa sempre valer simultaneamente como um princípio para um legislador geral" (1977a apud Freitag, 1989: 3).

Os conceitos kantianos que sustentam esse imperativo sob a perspectiva racional referem-se aos conceitos da vontade, da liberdade, da autonomia, dos meios e fins, dignidade, dever, máxima, imperativo, entre outros. A vontade está ligada à faculdade de autodeterminação das ações a partir de certas leis preconcebidas, a liberdade ao campo do indeterminado

[11] Kant I. (1788). *Kritik der praktischen Vernunft*. Frankfurt/M, Suhrkarnp Verlag, 1977a, Werkausgabe VII.

dentro da qual a vontade persegue fins pré-fixados, com meios livremente selecionados. A liberdade em Kant não existe, senão, sob a forma de uma idéia produzida pela razão. A razão é prática porque se torna a causa determinante da vontade. A autonomia se expressa na capacidade de autodeterminação e na vontade legisladora de estabelecer fins no mundo social. Esses "fins" em Kant[12] têm como exigência jamais tomar o humano como meio, mas sim, exclusivamente, como fim em si (1977b apud Freitag,1989). Esse princípio está ligado, especificamente, à vida e à dignidade como valor básico, inquestionável e universal.

A contribuição revolucionária de Kant consistiu em ancorar no sujeito (epistêmico) a capacidade de construção e reconstrução dos dois mundos: da natureza e dos costumes (moral). As condições da possibilidade do conhecimento e as condições da possibilidade de legislar estão fundadas nos instrumentos do pensamento do sujeito (Freitag, 1989).

No entanto, as idéias de Kant de fundamentação da razão a partir do sujeito epistêmico tiveram em Hegel uma de suas críticas mais contundentes. Esse filósofo acreditava que Kant, ao dar ênfase ao sujeito epistêmico, afirma a dependência do conhecimento racional às estruturas da sensibilidade e do entendimento. Para Hegel é a relação do sujeito com a história que possibilita o conhecimento racional (Chauí, 2000).

Georg Whilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) foi o filósofo alemão do limiar entre uma época de grande expectativa nos avanços da ciência e o começo de uma contemporaneidade assistemática e contestadora da razão.

[12] ____ . (1786). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Frankfurt/M, Suhrkamp Verlag, 1977b, Werkausgabe VII.

Integrante do idealismo[13], Hegel foi influenciado pelos também idealistas Fichte e Schelling e, tal como eles, procurou resolver o problema do dualismo (Lógica - Ontologia). Hegel desenvolveu uma teoria do conhecimento unificadora de Lógica e Ontologia, desconstruindo as relações de sujeito-objeto e forma-conteúdo tal como eram tratadas pela tradição filosófica (Oliveira RC, 2005).

A razão, segundo Hegel, não é nem exclusivamente objetiva (a verdade está nos objetos) nem exclusivamente subjetiva (a verdade está no sujeito), mas é unidade necessária do objetivo e do subjetivo. Nesse sentido, se refere aos procedimentos do raciocínio, quais sejam: às formas e as estruturas necessárias para o pensar que estão afetas às categorias e às idéias (razão subjetiva) e a ordem da organização ou a relações das próprias coisas na realidade objetiva (razão objetiva) (Chauí, 2000).

A idéia de liberdade é fundamental para a filosofia hegeliana, fortemente influenciada pela Revolução Francesa (1789-1799). Com o aprimoramento de sua filosofia, o ideal revolucionário da liberdade revelou-se a essência verdadeira do *Espírito*. Sobre este ponto, em *Filosofia da História*, Hegel afirma que "como a substância da matéria é o peso, assim devemos dizer que a substância, a essência do Espírito, é a liberdade" (Oliveira RC, 2005).

---

[13] Designa-se sempre sob o nome de idealismo as doutrinas filosóficas de FICHTE, SCHELLING e de HEGEL e é bastante comum caracterizá-las respectivamente pelos epíteto de idealismos subjetivo, idealismo objetivo e idealismo absoluto: O sistema de Fichte é chamado pelos alemães de idealismo subjetivo [...] no sentido de que faz do ideal o princípio de toda existência; é subjetivo porque coloca este ideal no sujeito moral considerado como absoluto[...] Schelling professa um idealismo objetivo[...]Quanto a Hegel, professará um idealismo absoluto[...] (Fouillée, História da Filosofia (1875) apud Lalande, 1999, p.490).

Mas o conceito de liberdade não tem relação com a idéia de livre-arbítrio. Hegel concebe a liberdade no sentido de harmonia entre o indivíduo e a comunidade, uma identificação entre os interesses particulares e o interesse geral presentes em um povo.

Hegel vê, como Kant, os problemas sociais como resultado dos problemas morais:

> Uma ação praticada por dever tem seu valor moral, não no propósito de como ela se quer atingir, mas na máxima que a determina, não depende, portanto, da realidade do objeto da ação, mas somente do princípio do querer, segundo o qual a ação, abstraindo de todos os objetos da faculdade de desejar, foi praticada (Kant[14]apud Novelli,1998:13). A vida ética é sem sofrimento e bem aventurada; com efeito suprimiu-se nela toda a diferença e toda a dor (Hegel[15] apud Novelli, 1998:13).

Em relação à ética e à sociabilidade, parece a Hegel que Kant, ao ter como ponto de partida as relações pessoais, tangenciou as relações sociais, que em Hegel seriam ponto de partida para instituições como família, sociedade civil e Estado. Para Hegel, somos seres históricos e culturais e, além de nossa vontade individual subjetiva, há uma vontade objetiva – social, pública, coletiva – muito mais poderosa, estabelecida pelas instituições e pela cultura. A vida ética, portanto, seria o acordo entre a vontade subjetiva individual e a vontade objetiva cultural (Chauí, 2000).

Conforme ainda registra Novelli (1998), a diferença entre Kant e Hegel reside no fato de que Hegel considera uma subjetividade coletiva; enquanto Kant considera quem faz, Hegel analisa o que é feito e o que é feito por uma coletividade.

---

[14] Kant E. *Fundamentos da metafísica dos costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa. Edições 70,1986
[15] Hegel GWF.*O sistema da vida ética*. Trad. Artur Morão. Lisboa. Edições 70, 1991.

Acerca do fenômeno moral, segundo Habermas (1991), Hegel compreende que a unidade desse fenômeno se perde quando opomos o princípio de justiça ao princípio do bem-estar geral (ou da benevolência). Ele fundamenta seu conceito de “costumes” numa crítica a essas duas posições unilaterais.

3.2.3 A maioridade da razão e a escola de Frankfurt

As doutrinas éticas posteriores a Kant e a Hegel surgem num mundo social fortemente influenciado pelas idéias de emancipação do homem através da realização do potencial da razão, ideários inaugurados no século XVIII, da chamada “Era das Luzes” (Abrão, 1999). A sociedade racional dos iluministas fundou a esperança num progresso ilimitado das realizações da ciência.

> O século XIX, em muito de suas vertentes, herdou, por intermédio de Hegel e dos positivistas, a confiança absoluta numa razão soberana e dominadora, instrumento adequado para instaurar sobre os homens a harmonia e a felicidade (Abrão, 1999:312).

No entanto, conforme registra Chauí (2000), a Filosofia do século XX passou a desconfiar da capacidade da ciência e do avanço tecnológico no domínio da natureza, da sociedade e dos indivíduos de instaurar a “Boa Vida”. Em grande parte esse desencantamento se deu, primeiramente, na constatação de que os avanços das forças produtivas produziam “emancipação humana”, mas geravam também opressão e dominação do homem pelo homem como descrito nos estudos de Karl Marx.

A miséria gerada pelas desigualdades sociais, o advento de guerras, a eclosão da Revolução Russa de 1917, o surgimento do fascismo, a emergência do nazismo e tantos outros eventos que afetaram drasticamente a crença na capacidade da razão em promover a emancipação humana inspiraram a crítica de que os valores humanos já não apareciam como finalidade.

É nesse cenário que surge um movimento filosófico na Alemanha, de base neomarxista, que passa a sistematizar e demarcar essa crítica. A chamada Escola de Frankfurt constituiu em um movimento intelectual alemão iniciado em meados dos anos vinte, de orientação marxista heterodoxa, que elaborou uma concepção conhecida como Teoria Crítica, tendo como sede o Instituto de Pesquisa Social da Universidade de Frankfurt, que publicava a Revista de Pesquisas Sociais. Entre seus diretores mais famosos estiveram Marx Horkheimer e Theodoro Adorno. A Escola contou também, entre seus membros, destacados intelectuais como Eric Fromm, Walter Benjamim e Herbert Marcuse (Aragão, 2002).

> A Teoria Crítica é crítica porque, interessada em rejeitar a civilização moderna que subsistiria pela implantação de uma "vida diminuída",[...]. Rejeita, pois, o ideal cientista aplicado ao domínio humano; e definir-se-ia, em contrapartida, por uma prática teórica ecléctica, interessada em discernir nas chamadas ciências humanas (psicologia, sociologia, história, etc.) o potencial crítico. Assim, seria também crítica porque não dogmática — seria, enfim, dialéctica. A dialéctica em causa é a hegeliana, [...] um hegelianismo de esquerda redivivo (Diogo, 2002).

Dentre outras questões, a Teoria Crítica distingue duas formas de razão: a razão instrumental e a razão crítica.

> A razão instrumental é a razão técnico-científica que faz das ciências e das técnicas não um meio de libertação dos seres

> humanos, mas um meio de intimidação, medo, terror e desespero. Ao contrário, a razão crítica é aquela que analisa e interpreta os limites e os perigos do pensamento instrumental e afirma que as mudanças sociais, políticas e culturais só se realizarão verdadeiramente se tiverem como finalidade a emancipação do gênero humano e não as idéias de controle e domínio técnico-científico sobre a Natureza, a sociedade e a cultura" (Chauí, 2000:60).

Expoente de uma chamada "segunda geração" da Escola de Frankfurt, e seguindo a tradição da Teoria Crítica, Habermas mantém a crítica ao tecnicismo e cientificismo que, a seu ver, reduziam todo o conhecimento humano ao domínio da técnica e ao modelo das ciências empíricas (nomológicas), limitando o campo de atuação da razão humana a todo conhecimento que fosse objetivo e prático. Passemos agora às considerações desse autor, suas contribuições e nossa aproximação ao tema da investigação.

3.2.4 Jürgen Habermas

O breve relato biográfico que se segue tomou por base os estudos de Aragão (2002):

Jürgen Habermas nasceu na cidade de Düsseldorf, na Alemanha em 18 de junho de 1929. Em 1954, graduou-se com o trabalho intitulado *O Absoluto e a História*, sobre Schelling. Ainda no mesmo ano, Habermas tornou-se assistente de Adorno, com quem trabalhou até 1959, no Instituto de Pesquisa Social de Frankfurt.

Em 1961, publicou a obra *Entre a Filosofia e a Ciência - O Marxismo como Crítica,* inserida em *O estudante e a Política*, fruto das pesquisas

desenvolvidas junto ao instituto nesse período. Após desentendimento com Horkheimer e Adorno, vai defender sua Livre-Docência em Marburgo, em 1961 (*Mudança Estrutural da Esfera Pública*, publicada em 1962). Leciona como Docente Extraordinário na Universidade de Heidelberg (1961-1964), a convite de Gadamer. Estabelece nessa época uma decisiva interlocução com este filósofo, cuja influência em sua trajetória será explicitada no estudo *"A Lógica das Ciências Sociais"*, publicado por Gadamer em uma edição extraordinária de sua revista *Philosophishe Rundschau* em 1967. Volta, em 1964, a Frankfurt, onde, substituindo Horkheimer em sua cátedra, passa a lecionar filosofia e sociologia.

Entre as obras publicadas neste período, destacam-se ainda: *Teoria e Práxis,* em 1963*; Lógica das Ciências Sociais,* em 1967*; e Técnica e Ciência como Ideologia e Conhecimento e Interesse*, ambas em 1968.

Em 1968, Habermas mudou-se para New York e tornou-se professor da *New York School for Social Research*. Já em 1972, muda-se novamente, desta vez para Starnberg, onde assumirá a direção do Instituto Max-Planck. Em 1983, Habermas torna, novamente, a lecionar na Universidade de Frankfurt.

Em 1994, Habermas aposentou-se, porém sem nunca deixar de contribuir na produção do conhecimento através de contínuas palestras, obras publicadas e outras atividades.

Embora Habermas tenha permanecido fiel ao espírito crítico da Escola de Frankfurt, assumiu uma postura diferenciada dos seus mestres no que se refere ao entendimento do "fracasso da modernidade" em estabelecer o

bem-estar geral e o esclarecimento dos homens. Ele procurou manter uma interpretação menos pessimista do que aquela traçada por Theodoro Adorno (1903-1969) e Max Horkheimer (1895-1973), contudo mantendo a crítica ao capitalismo e à razão instrumental dominante, ou seja, critica aquela razão que se preocupa em conhecer os meios para atingir um determinado fim sem se preocupar com as conseqüências práticas morais do modo de agir. Apesar disso, Habermas entende, ao contrário da concepção de Adorno e Horkheimer, que a modernidade ainda não realizou totalmente seu projeto emancipador.

A partir dessa perspectiva, Habermas toma como tarefa repensar a idéia de razão e racionalização, buscando superar as oposições que transpassam a cultura contemporânea, tais como: *"modernidade versus pós-modernidade, racionalismo versus relativismo, universalismo versus contextualismo, subjetivismo versus objetivismo, humanismo versus 'morte do homem' etc"* (Gonçalves, 1999:127).

Com esse movimento, nosso autor busca superar a colonização de toda a racionalidade pelo seu componente instrumental, apontando para um conceito de razão que contém em si as possibilidades de reconciliação consigo mesma na perspectiva de uma *razão comunicativa,* como veremos.

3.2.5 A perspectiva habermasiana e as pretensões do estudo

Em que a produção teórica desse filósofo e sociólogo contemporâneo pode nos ajudar a compreender a natureza dos conflitos morais nos

contextos de assistência à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids? Quais seus potencias para compreendermos os elementos presentes no julgamento dos profissionais nas relações estabelecidas naqueles espaços? Quais as possibilidades de diálogo efetivo com as situações concretas vivenciadas no cotidiano e as indicações de uma ética do discurso?

Conforme já registrou Ayres (1997), adentrar em um pensamento como o de Habermas é no mínimo uma tarefa delicada, dada à ampla produção desse pensador, seus complexos programas que colocam em questão, a partir de uma perspectiva reconstrutiva, desde temas de âmbito filosófico e epistemológico até questões relativas ao direito, passando pela ética e a política.

Nosso interesse se concentra especialmente na produção desse autor em sua aproximação com a temática da linguagem, sua vinculação aos estudos de K.Otto Apel, a partir de "*uma pragmática transcendental baseada em uma racionalidade argumentativa não-estratégica*"[16], até sua formulação da Teoria do Agir Comunicativo e considerações acerca de uma ética do Discurso.

Nossa intenção é a de procurar registrar, a partir desse quadro, as bases em que, nas situações assistenciais, é possível reconhecer potenciais

[16] Para Apel a comunicação como pura possibilidade já depende de critérios éticos, do contrário ela fracassa, isto é, perde-se a possibilidade de produzir qualquer sentido mínimo. Faz-se necessário o respeito pelo Outro: o parceiro da comunicação está inscrito nas condições de possibilidade (filosofia transcendental) de materialização da Razão (que estaria encarnada no uso da linguagem, por isso uma pragmática). "Argumento, logo existo". Um outro *a priori* da Razão Pura.[...]. Para Apel (autor de "Estudos de Moral Moderna", Ed. Vozes), quando o homem aceita trocar alegremente a "verdade" pelo "útil" ou "eficiente", ele na realidade selou sua sorte: redução de sua capacidade cognitiva e racional. Trata-se de uma ameaça direta à verticalidade do Homo sapiens. Supor que a racionalidade estratégica (ainda que cheia de "boas intenções ianques") possa ser uma forma válida de se enfrentar a contingência ontológica é condenar-nos à barbárie". **Entrevista** com **Karl**-**Otto** Apel **. Folha de São Paulo**, 16/01/2005. Um sonho de liberdade (ROBERT KURZ).

para relações simétricas e acordos intersubjetivos, considerando as indicações, já apontadas, da Política Nacional de Humanização, e que remetem para o caráter relacional das práticas em saúde e a exigência do respeito à “palavra” ou à comunicação nesse contexto.

Ayres (1995) registra que a posição habermasiana tem como preocupação a relação entre linguagem e ação social e para isso toma a linguagem na perspectiva da ação dos sujeitos. A estruturação lingüística da experiência carrega consigo determinados valores e competências discursivas; dito de outra forma, expressa diferenças de interesses e assimetrias entre os diversos sujeitos que interagem pela linguagem na conformação dos discursos que organizam racionalmente a existência social humana.

No caso do presente estudo, essas relações estarão expressas nos relatos dos profissionais acerca do fazer cotidiano, onde destacaremos as dimensões dos eventuais desacordos e suas formas de articulação discursivas em busca de soluções. Quem são os atores presentes na construção de consensos intersubjetivos? Quais os discursos validados e quais são as certezas não problemáticas presentes ou os valores defendidos nesse contexto?

Na busca de referências para explicações sobre as bases que informam os julgamentos de ordem moral, encontramos na teoria habermasiana a retomada do conceito do “mundo da vida”, reconstruída a partir da fenomenologia de Husserl e, com ele, a noção de que nossas pré-concepções ou saberes pré-reflexivos, os saberes do cotidiano, são dotados

de uma certeza pouco problemática, centrada em convicções valorativas, normativas e expressivas. Esse será o primeiro elemento de aproximação comunicativa que, quando colocado em questão, traz outras exigências para as relações entre os sujeitos: exigências quanto a formulações de argumentos em busca de soluções que possam ser aceitas por todos os envolvidos. Há, ainda, a interessante discussão acerca dos modos de agir em sociedade: comunicativo e estratégico. Essa discussão contribuirá para nossas leituras acerca do fazer em saúde, especialmente em sua dimensão relacional. Finalmente a apresentação de uma ética do Discurso, onde o discurso prático é visto como uma forma exigente da construção argumentativa que deve garantir pressupostos gerais da comunicação como: correção (ou justiça) de todo o consenso normativo possível.

Nas próximas páginas buscaremos apresentar, de forma bastante sintética, a trajetória da construção dos principais elementos do pensamento habermasiano, os quais basearam sua proposta para uma ética do Discurso. Comecemos, pois, pela virada lingüística e pragmática.

3.2.6 A guinada lingüística

Se o século XVIII realizou a “virada epistemológica” com Kant, o século XX assistiu à contestação das concepções fundacionalistas e das verdades transcendentais derivadas dessa virada. Dentre os principais motivos que influenciaram a crítica às tradições do pensamento filosófico moderno destacam-se quatro razões: o pensamento pós-metafísico; a

guinada lingüística; o modo de situar a razão e a inversão do primado da teoria frente à prática, ou seja, a superação do logocentrismo (Habermas, 2002).

Habermas (2002) chama a atenção para como o paradigma da linguagem, ou paradigma comunicativo, substitui o paradigma da consciência (surpreendendo inclusive a própria teoria crítica frankfurtiana), isto é, a concepção ancorada na tradição racionalista da Modernidade, em Kant, de uma subjetividade universal, que seria a base do conhecimento verdadeiramente objetivo da realidade, volta-se para a razão em suas manifestações práticas (Ayres,1995). Nesse sentido, as relações entre linguagem e mundo, entre preposições e estados de coisas, buscam substituir as relações sujeito-objeto.

> O trabalho de constituição do mundo deixa de ser uma tarefa da subjetividade transcendental para se transformar em estruturas gramaticais. O trabalho reconstrutivo dos lingüistas entra no lugar de uma introspecção de difícil controle (Habermas, 2002: 15).

Em linhas gerais, o que a virada lingüística contesta é a necessidade epistemológica de que, para haver representações exatas, seria necessária uma teoria privilegiada das representações. Esse problema é dissolvido a partir da consideração de que, no lugar da mente que conhece e do entendimento das formas puras no mundo, há a proposição dizendo o mundo.

Essa perspectiva filosófica, que parte do estruturalismo de Saussure e no logicismo de Frege, veio mostrar que há sentido no pensamento expresso em proposições e que essas afirmam que algo é o caso. Seu significado ou

referência tem valor de verdade e reconhece-se o papel referencial da linguagem, como tendo um aspecto diverso das sentenças (Araújo, 2004).

A grande contribuição dessa corrente filosófica é a de que**:**

> [**...**] a estrutura do pensamento pode ser lida na estrutura das proposições. Estas, por sua vez, têm uma estrutura gramatical, e que são suscetíveis de verdade/falsidade. Por transcender a consciência individual, o pensamento, ou seja, a proposição, permanece identificável, pode ser traduzida, está aberta a usos (Araújo, 2004: 108).

Habermas concorda com as proposições gerais da guinada lingüística; porém, considera que deve ser completada pela virada pragmática. Isso porque é necessário levar em conta os usuários da linguagem e o contexto de fala, fatores pragmáticos da comunicação. Sem a ação lingüística no mundo, sem usuários de uma linguagem, a idealidade da validade do juízo não poderia ser avaliada pelos interlocutores que participam de um diálogo e que podem concordar ou não com as pretensões de validez que cada ato de fala carrega.

A partir da publicação de *O que é Pragmática Universal* de 1976, Habermas tem tratado da teoria dos atos de fala, tendo como alvo a contribuição que essa pode oferecer para a compreensão da racionalidade do agir social a partir da idéia de que a comunicação lingüística impõe determinadas regras que garantem que as intenções dos falantes não se impõem sem razões. A seu ver, a racionalidade da interação social mediada pela linguagem deve ser entendida no sentido dessa regra, como uma racionalidade comunicativa. Nesse sentido, Habermas toma como tarefa, no caso específico da Teoria da Ação Comunicativa, tematizar aspectos das emissões que se referem ao estabelecimento de relações interpessoais. Por

essa razão ganham relevância as investigações sobre atos de fala e a distinção entre atos ilocucionários e perlocucionários, partindo das investigações de Austin (Cenci, 2006).

3.2.6.1 Austin e a Teoria dos atos de fala:

Em sua Teoria dos Atos de Fala, John Langshaw Austin (1911-1960) nos apresenta as diversas maneiras em que um ato de fala performativo pode ser realizado, apontando para o caráter socialmente produtivo da linguagem. A partir dessa teoria, Austin distingue atos locucionários, ilocucionários e perlocucionários, por referência às possíveis conseqüências que expressam os atos de fala. Vejamos resumidamente do que trata essa teoria:

O ato de dizer algo é um ato locucionário. Consiste em proferir certos sons (ato fonético), em usar palavras com certo sentido e referência. Mas podemos realizar um ato locucionário e esse não deixar claro o modo, ou a função do uso da linguagem. Quando o ato locucionário é perfeitamente compreendido pelo ouvinte, implicando realização de uma ação, então se evidência o que Austin denominou a força ilocucionária de um proferimento e, nesse sentido, realizar um ato locucionário é em geral realizar um ato ilocucionário. Austin cria aqui uma distinção analítica: o ato de dizer algo e o ato de fazer algo em dizendo algo. Mas há aquelas situações em que se provoca algo ao se falar sem, explicitamente, ter se nomeado a intenção. Austin introduz a noção do ato perlocucionário para explicar aquelas situações em que o falante realiza um ato a que, em princípio, não se fez

referência ou se fez uma referência oblíqua, a partir dos atos locucionários ou ilocucionários. Vejamos o exemplo a seguir, registrado por Velasco (2007):

O falante A emite uma ordem (ato locucionário) ao ouvinte B que compreende e aceita a ordem de dar dinheiro a C (sucesso ilocucionário). B dá dinheiro a C (sucesso perlocucionário), e alegra a mulher de B (sucesso perlocucionário 2). Conforme ainda registra Velasco, embora esse segundo efeito, perlocucionário, não esteja regulado gramaticalmente, poderia ter sido explicitado na indicação inicial da ordem sem prejuízo para o resultado da ação. Porém se o falante, ao dar a ordem, pretende que C tenha condições de realizar um ato que não receberia aprovação de B, por exemplo, para que C realizasse um assalto, no caso a execução de um crime se transformaria num efeito perlocucinário 3, o qual não aconteceria se A tivesse declarado a B desde o início que tal efeito seria o alvo.

> Se tanto os atos ilocucionários, quanto os perlocucionários produzem efeitos perlocucionários, em que consiste a diferença entre elas? A diferença entre: “Ordenei-lhe e me obedeceu” e “Consegui que me obedecesse” –diz Austin - são os meios empregados para atingir o mesmo “objeto perlocucionário”. No segundo caso foram empregados outros meios adicionais para atingir o objeto perlocucionário [...] (Velasco, 2007).

Habermas se interessa particularmente pelos efeitos do objeto ilocucionário que está ligado convencionalmente ao significado do ato e, nesse sentido, compreende que os atos de fala revelam a intenção do falante: o ouvinte pode fazer deduções do conteúdo semântico do proferimento, ou seja, pode saber qual é o tipo de ação que se realiza através do ato de fala. As ações lingüísticas interpretam-se por si mesmas,

uma vez que possuem uma estrutura auto-referencial: o conteúdo ilocucionário: ao dizer algo fazemos algo (sentido da aplicação do que é dito); o performático: uma ação de fala só é captada por um ouvinte potencial (a segunda pessoa) que abandona a posição de observadora e assume a posição de participante (Habermas, 2002).

A *Teoria dos Atos de Fala* foi um dos importantes pilares que Habermas tomou para a formulação de sua *Teoria da Ação Comunicativa* de 1981.

3.2.7 A ação comunicativa

A tarefa central da teoria da ação comunicativa é tematizar o aspecto das emissões que se referem ao estabelecimento de relações interpessoais e, nesse sentido, ganha relevância a investigação sobre a força ilocucionária dos atos de fala, importando mais os mecanismos de coordenação da ação que tornam possível um vínculo regular e estável nas interações entre sujeitos (Cenci, 2006).

Em sua *Teoria da Ação Comunicativa*, originalmente publicada em 1981[17], Jürgen Habermas propõe apresentar um conceito de racionalidade não reduzida ao cognitivo instrumental e, para tanto, toma como foi condutor o entendimento lingüístico.

Sua pretensão, já na introdução anunciada, é de apresentar um conceito de sociedade em dois níveis: o mundo da vida e do sistema e uma

[17]Titulo original: Theorie des kommunikativen Handelns.Band I.Handlungsationalitat und gesellschafliche Rationalisierung de 1981,Frankfurt am Main. Estamos utilizando a quarta edição de 2003 – Editora TAURUS: tradução para o castelhano de Manuel Jiménez Redondo.

teoria da modernidade capaz de explicar as “patologias” sociais que se tornam cada vez mais visíveis. Sua hipótese é de que as ações humanas estruturadas estão submetidas a imperativos de sistemas que são organizados formalmente e que se tornam autônomos. Dessa forma, a *Teoria da Ação Comunicativa* nos permite uma categorização do complexo da vida social com a qual se pode dar “razão” aos paradoxos da modernidade (Habermas, 2003).

> O ponto de partida da teoria da ação comunicativa é o mundo vivido (Lebenswelt): o lugar das relações sociais espontâneas, das certezas pré-reflexivas, dos vínculos que nunca foram postos em dúvida. As relações sociais que se dão no mundo vivido assumem, caracteristicamente, a forma da ação comunicativa: um processo interativo, lingüisticamente mediatizado, pelo qual os indivíduos coordenam seus projetos de ação e organizam suas ligações recíprocas (Rouanet, 1990: 113).

O complexo conceito do mundo da vida, que Habermas toma da fenomenologia de Edmund Husserl, articula a questão social e política da institucionalização de formas de vida a partir da concepção de um modelo integrado que diferencia o mundo sistêmico das instituições (definido pela capacidade de responder a exigências funcionais do meio social) do mundo da vida (das formas de reprodução cultural, social e pessoal) e, nesse caso, são integrados por meio de normas consensualmente aceitas pelos integrantes de uma comunidade lingüística (Oliveira N, 1999).

Na perspectiva habermasiana, os componentes do mundo da vida são os modelos culturais, as ordens legítimas e as estruturas de personalidade que representam processos de entendimento e que possibilitam a coordenação da ação e da socialização expressa através do agir comunicativo.

O mundo da vida como pano de fundo para o agir comunicativo pode ser compreendido como um processo circular no qual o sujeito ou ator é ao mesmo tempo responsável de ações imputáveis; ao mesmo tempo, que é produto das tradições nas quais se encontra, dos grupos solidários aos quais pertence e dos processos de socialização nos quais cria (Habermas, 1989).

> Aquilo que brota das fontes do pano de fundo do mundo da vida e desemboca no agir comunicativo, que corre através das comportas da tematização e que torna possível o domínio de situações, constitui o estoque de um saber comprovado na prática comunicativa (Habermas, 2002: 96).

Seus componentes resultam da permanência do saber válido, da estabilização de solidariedades grupais, da formação de atores responsáveis e se mantêm através deles.

Para Habermas o conceito de mundo da vida acumula o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas:

> […] é a contrapartida conservadora contra o risco de dissenso que comporta todo processo de entendimento em seu curso. Pois na ação comunicativa os agentes só podem entender-se através de tomadas de posição de afirmação ou negação frente a pretensões de validade passíveis de crítica (Habermas, 2003: 104)[18].

O entendimento entre os participantes, nos alerta Habermas, ocorre tanto mais quanto nossa capacidade de descentração das imagens do mundo da vida, tomadas como contextos de entendimentos, sejam provenientes do acervo de saberes e da cultura, partilhados e aceitos pelos membros de uma comunidade. Nesse sentido a racionalização do mundo da

[18][...] es el contrapeso conservador contra el riesgo de disentimiento que comporta todo proceso de entendimiento que esté em curso. Pues en la acción comunicativa los agentes sólo pueden entenderse a través de tomas de postura de afirmación o negación frente a pretensiones de validez susceptibles de crítica […] no original

vida pode ser caracterizada nas dimensões de acordos normativamente reconhecidos e entendimentos alcançados através da ação comunicativa.

O conceito de entendimento remete às possibilidades de acordos racionalmente alcançados pelos participantes através de pretensões de validade suscetíveis a críticas. As pretensões de validade de um discurso terão que responder a três critérios: de verdade proposicional (mundo objetivo), retidão normativa (do mundo social) e verdade expressiva (mundo subjetivo).

Nesse sentido, para que as tradições culturais do mundo da vida possam ser interpretadas, resultando em orientações racionais para a ação, será necessário, segundo nosso autor, que essas possam colocar à disposição dos agentes ou dos sujeitos em diálogo os conceitos formais de mundo objetivo, mundo social e mundo subjetivo, permitindo pretensões de validade nos planos de verdade proposicional (mundo objetivo), retidão normativa (mundo social) e autenticidade (mundo subjetivo). Só então será possível gerar manifestações simbólicas a um nível formal argumentativo que permita acesso a julgamentos objetivos das razões para as escolhas ou posicionamentos (Habermas, 2003).

A razão comunicativa habermasiana é essencialmente dialógica, não mais se assentando no sujeito epistêmico (da perspectiva kantiana), mas pressupõe o grupo de sujeitos ou membros de uma comunidade em situação ideal de diálogo (Freitag, 1989), ou numa situação lingüisticamente ideal.

Habermas considera a atitude orientada ao entendimento como pertencente ao télos da linguagem humana e só pode ser explicada na

medida em que revela o significado empregado às ações de modo comunicativo (Cenci, 2006).

Desse modo, o entendimento lingüístico é ponto central dessa proposta. Para que falantes e ouvintes ou interlocutores se entendam sobre algo no mundo, os atos de fala ou proferimentos lingüísticos terão que cumprir os três planos de validade acima descritos.

O desafio colocado pela *Teoria da Ação Comunicativa* é justamente o registro de como é possível a construção de consensos entre participantes de discursos onde pretensões de validade possam ser colocadas em discussão.

Dessa forma, a coordenação comunicativa entre interlocutores se dá através da expectativa de que, se necessário, cada interlocutor poderá justificar suas pretensões de validade para cada plano através de argumentações válidas.

No caso da pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva, se poderá demonstrar pela coerência entre ato e palavra do interlocutor. No caso dos dois outros planos, será a possibilidade de demonstrar provas empíricas e desenvolver argumentos coerentes dentro de um quadro teórico, por exemplo, ou demonstrando certa ordem normativa existente ou desejável.

Mas, quando esses proferimentos passam a ser problematizados pelos integrantes de uma comunidade, seus participantes terão que abandonar as certezas pré-estabelecidas e ingressar ou desenvolver um tipo de argumentação que forma um *discurso.*

> As pretensões de validade correspondentes a questões cognitivas são problematizadas nos discursos teóricos, e as correspondentes à questões normativas, nos discurso práticos. Nos dois casos os participantes se distanciam do mundo vivido e assumem uma atitude crítico-hipotética de investigação do que antes era visto como não-problemático. Nos dois casos, a argumentação discursiva tem como ponto de partida a suspensão radical da crença na validade do que havia sido afirmado. Ela é posta entre parênteses, até que se conclua, pelo consenso, o processo de discussão discursiva, que pode levar a confirmação (mas também a negação) dos fatos apresentados como verdadeiros, e a justificação (mas também a refutação) das normas apresentadas como justas" (Rouanet, 1990: 104).

Tanto em um tipo de discurso com em outro, para a validação das proposições será necessário o alcance de um consenso fundamentado em argumentos conduzidos segundo certos pressupostos pragmáticos, que incluem a participação de todos os interessados com iguais oportunidades de apresentar ou refutar argumentos, sem que sofram qualquer tipo de coação. Esses pressupostos são os que prevalecem numa situação lingüística ideal ou numa comunidade argumentativa ideal.

Estando na base de qualquer argumentação teórica ou prática, esses pressupostos remetem a valores morais e, nesse sentido, podemos dizer que a ética é pressuposta por qualquer *Discurso*, em sentido habermasiano (Rouanet,1990). Dessa forma, questões normativas são debatidas nos Discursos práticos, sendo esses tão suscetíveis de verificação quanto as pretensões de validade proposicional, só que seu fórum de validação será diverso desse último, pois que são válidas a partir de critérios não baseados em evidências ou lógicas coercitivas, mas na livre aceitação do valor dessas proposições para a realização compartilhada de formas de vida desejáveis.

Será essa a idéia central que agora apresentaremos a partir da discussão de Habermas acerca da ética do Discurso.

3.2.8 A questão da ética do Discurso

Até aqui, procuramos apresentar como nosso autor constrói sua teoria social apoiada na linguagem e numa razão comunicativa como alternativa que permite o entendimento pela via racional. Habermas escolhe a linguagem, e não qualquer outra forma de expressão, justamente pela possibilidade do entendimento entre os homens, e não, necessariamente, a dominação. Seu argumento é de que mesmo que a linguagem possa ser instrumentalizada para outros fins, tem-se que admitir que sem o entendimento, objetivo original, nenhum outro fim poderá ser alcançado (Aragão, 2002).

Mas como se pode compreender o fenômeno moral por meio da linguagem? Como se pode chegar ao entendimento do que se deve fazer do ponto de vista moral? Quais as bases que fundamentam o ponto de vista moral? Como chegamos a acordos sobre o que é bom e justo? Essas questões serão tratadas a partir da aproximação de Habermas à proposta da ética do Discurso. A partir daqui, nos basearemos, especialmente, em duas obras onde o autor traça um plano de fundamentação para a ética do Discurso. São esses os textos contidos em *Consciência Moral e Agir*

Comunicativo, originalmente publicado em 1983, e em *Comentários à Ética do Discurso* de 1991[19].

Entretanto, antes dos textos de Habermas que fundamentaram, na década de 80, o seu programa acerca da ética do Discurso, vamos retomar as bases dessa proposta, que remontam aos anos 60, procurando registrar brevemente as orientações mais gerais da ética do Discurso, tanto em Habermas como em Karl-Otto Apel.

3.2.8.1 Apel e Habermas e a ética do Discurso

Habermas e Apel partiram de preocupações próximas no que se refere ao programa de fundamentação no campo da filosofia moral. Ambos buscavam uma fundamentação para a ética perante o ceticismo moral, construindo uma mediação do princípio moral com a ação humana. Partem, contudo, de pretensões diferenciadas segundo cada contexto e programas de cada projeto filosófico: Apel com sua *Pragmática Transcendental* e Habermas com a *Pragmática Universal* ou formal (Cenci, 2006).

Aqui vale registrar mais precisamente o sentido original da *pragmática* que orientou os dois projetos filosóficos. Ambos tomam por base a virada lingüístico-pragmática, que significa tomar a linguagem como *medium* de toda a relação significativa entre sujeito e objeto e cuja presença se faz necessária em toda a comunicação humana, que implica entendimento mútuo. Nesse sentido, três âmbitos de investigação são impulsionados: a

[19]Estamos utilizando a edição publicada por Tempo Brasileiro de 1989 para a Consciência Moral e Agir comunicativo e a edição publicada por Instituto Piaget - Série Pensamento e Filosofia de 1991, para Comentários à Ética do Discurso.

semântica, que se ocupa da relação dos sinais com o significado, ou seja, mediatiza algo no mundo; a sintática, que investiga a relação dos sinais lingüísticos entre si, onde o sinal mediatiza algo como algo significativo que pertence a um sistema lingüístico; e, finalmente, a pragmática, que explicita a relação dos sinais com os intérpretes e com o uso que estes fazem dos sinais e das proposições, onde o sinal se relaciona com algo significativo que tem de ser interpretado pelos sujeitos de uma comunidade lingüística. A dimensão pragmática denota o *medium* lingüístico como sendo de antemão intersubjetivo (Ferreira Filho, 2006).

Tendo explicitado a base comum desses dois projetos filosóficos, vejamos, agora, suas diferenças:

A filosofia de Apel é marcada pela investigação acerca de como transformar de modo pós-metafísico o ponto de partida filosófico transcendental de Kant: a pergunta acerca das condições de possibilidade da validez do conhecimento. Dito de outra forma, Apel procurou a superação das pressuposições metafísicas da ética kantiana, substituindo o *a priori* do "eu penso" pelo *a priori* do "eu argumento". Nesse sentido, o programa apeliano formulou-se partindo de uma hermenêutica transcendental da linguagem e de uma antropologia transcendental do conhecimento, tendo como interlocutores Heidegger e Wittgenstein. Posteriormente, passa a ter como interlocutores privilegiados Peirce e o segundo Wittgenstein. A proposta de fundamentação da ética do Discurso para esse filósofo é moldada a partir do esforço de transformação da filosofia transcendental de Kant com um duplo prisma: histórico hermenêutico e pragmático-semiótico

(Cenci, 2006). Apel tem como pretensão formular a ética do Discurso como uma ética de responsabilidade histórica e, nesse sentido, deve responsabilizar-se pelas conseqüências históricas das ações:

> Isto significa que o solipsismo auto-suficiente do indivíduo que averigua isoladamente, mediante um experimento mental, que suas máximas são universalizáveis de acordo com o imperativo categórico deve ser substituído por um confronto dialógico onde o indivíduo terá de submeter a sua máxima à consideração de todos os participantes do discurso a fim de fazer valer discursivamente sua pretensão de validade. O ponto principal desta transformação pós-metafísica do princípio de universalização da ética é que no lugar da aptidão de leis máximas de ação, que de acordo com a subjetividade moderna é desejada por cada um, se coloca a idéia reguladora da consensualidade de todas as normas válidas intersubjetivamente para todos aqueles a quem elas dizem respeito para serem realizadas aproximativamente no discurso real. Deste modo a ética do discurso não parte apenas de um a priori contra-factualmente antecipado, e esboçado por Kant, mas ao mesmo tempo do a priori de facticidade da comunidade real de comunicação, isto é, de uma forma de vida sócio-histórico-cultural à qual já pertence sempre cada destinatário da ética" (Ferreira Filho, 2006).

O projeto filosófico de Habermas se pauta pelo objetivo de desenvolver a idéia de uma teoria da sociedade com intenção prática. Seus estudos iniciais tematizaram a relação entre teoria e *práxis* com base num prisma epistemológico guiado pelo propósito de elaborar uma crítica integral ao positivismo. Nas décadas de setenta e oitenta seu projeto de elaborar uma teoria da sociedade por meio de uma teoria do conhecimento dá lugar para uma teoria da ação comunicativa.

Embora os programas de Apel e Habermas partam de uma base comum (sistematizado inicialmente por Apel), Habermas tomará a ética do Discurso a partir da Teoria da Ação Comunicativa numa concepção pragmático formal do significado. Para Habermas, o foco não estará no

projeto de transformação da filosofia transcendental de Kant, como o fizera Apel. Seu programa aproxima uma concepção de filosofia às ciências reconstrutivas, incorporando uma perspectiva falibilista. Na ética do Discurso habermasiana, os pressupostos da argumentação não possuem um teor normativo moral, mas apenas normativo. Isso é Habermas concebe a moral do discurso como estritamente deontológica, chamada a esclarecer o ponto de vista moral a partir de um modelo transcendental fraco. O princípio moral em Habermas (princípio U) constitui-se como uma regra de argumentação. Os conteúdos que orientam o agir ficam a encargo dos discursos reais (Cenci, 2006).

3.2.8.2 A ética do Discurso em Habermas

Ao se referir às discussões éticas de tradição kantiana, Habermas (1989) reconhece na ética do Discurso a mais promissora dessas discussões na atualidade. Em suas palavras:

> Nessa tradição kantiana encontram-se atualmente importantes abordagens teóricas tais como a de Kurt Baier, Marcus George Singer, John Rawls, Paul Lorenzen, Ernst Tugendhat e Karl-Otto Apel; elas coincidem na intenção de avaliar as condições para uma avaliação imparcial de questões práticas, baseada unicamente em razões. Entre essas teorias, a tentativa de Apel não é, certamente, a que é desenvolvida de maneira mais detalhada; não obstante, considero a ética do Discurso, que já se pode discernir em esboço, como a abordagem mais promissora na atualidade (Habermas, 1989: 62).

A ética do Discurso em Habermas possui quatro atributos: é deontológica, cognitivista, formalista e universalista. Vejamos como Habermas entende esses atributos:

> O fenômeno fundamental que aguarda explicação por parte da teoria da moral é precisamente o da validade moral das obrigações ou das normas de conduta. É nessa perspectiva que falamos de uma ética **deontológica.** [...]. Kant não confunde a razão teórica com a prática. A meu ver, a correção normativa é uma pretensão de validade análoga à pretensão de verdade. É nesse sentido que falamos de uma ética **cognitivista.** A esta cabe a tarefa de responder à questão de como se podem fundamentar afirmações normativas. [...], o imperativo categórico assume o papel de um princípio de justificação, assinalando como válidas as normas de conduta susceptíveis de generalização: todos os seres dotados de razão têm de ser capazes de desejar o que se encontra moralmente justificado. É nesta perspectiva que falamos de uma ética **formalista** [...].Finalmente, designamos de **universalista** uma ética que afirma que este princípio moral (ou um idêntico) não exprime apenas as intuições de dada cultura ou época, mas tem também uma validade geral" (Habermas,1999: 15,16).

Na ética do Discurso, o método da argumentação moral substitui o imperativo categórico kantiano e Habermas (1989,1999) propõe a seguinte formulação para esse princípio, a que denomina "D": " [...] as únicas normas que têm o direito a reclamar validade são aquelas que podem obter a anuência de todos os participantes envolvidos num discurso prático [...]" (Habermas, 1999:16).

A ética do Discurso em Habermas (1989,1999) procura substituir (embora sem abrir mão da perspectiva kantiana) o imperativo categórico de Kant pelo procedimento da argumentação moral. Nessa perspectiva, somente, poderá aspirar à validade aquela norma que tiver o consentimento e a aceitação de todos os integrantes de um discurso prático e, nesses termos, os resultados e efeitos colaterais decorrentes de sua observância precisam ser considerados antecipadamente e aceitos por todos. Será o melhor argumento, respeitando os demais, que contará para a decisão e esse deverá estar calçado pela maior coerência, justeza e adequação.

Na ética do Discurso, o discurso prático é visto como uma forma exigente da construção argumentativa que deve garantir pressupostos gerais da comunicação, como: correção (ou justiça) de todo o consenso normativo possível sob essas condições. O discurso prático poderá assumir esse papel a partir da assunção idealista que os participantes têm de fazer em sua prática argumentativa, ou seja, implica em um processo de comunicação que exige que todos os intervenientes assumam papeis só antecipáveis como idéia reguladora, na situação pautada (Habermas, 1999).

Ainda em relação ao discurso prático, Habermas (1989, 1999) denomina de "ponto de vista moral" os argumentos que permitem uma avaliação imparcial das questões morais. Nesse caso o horizonte para tal ponto de vista será a noção de justiça.

O principio moral, de caráter universal, se expressa no conteúdo que possa ter validade geral, a partir do processo de argumentação e, para que isso possa ter consistência, Habermas (1989,1999) substitui o imperativo categórico kantiano, transformando-o na seguinte formulação de princípio universal ou princípio "U":

> U: Toda a norma válida tem que preencher as condições de que as conseqüências e efeitos colaterais que previsivelmente resulte de sua observância **universal**, para a satisfação dos interesses de **todo** individuo possam ser aceitas sem coação por **todos** os concernidos (Habermas, 1989: 147).

O princípio da universalização pode ser compreendido como uma reconstrução das intuições da vida cotidiana, que estão na base da avaliação imparcial dos conflitos de ação moral. Porém, a validez desse princípio ultrapassa a cultura determinada e apóia-se *na comprovação*

pragmática-transcendental de pressupostos universais e necessários da argumentação (Habermas, 1989: 143). Em outro lugar, Habermas (1996) nos explica que a função da pragmática universal é identificar e reconstruir as condições universais da possível compreensão mútua, ou, em outros termos, os pressupostos gerais da ação comunicativa.

O princípio (U) na ética do Discurso de Habermas tem função de um princípio ponte, aquele que torna possível o acordo em argumentações morais, numa versão que exclui a aplicação monológica dessa regra de argumentação. Em suas palavras:

> Introduzi (U) como uma regra de argumentação que possibilita o acordo em Discursos práticos sempre que as matérias possam ser regradas no interesse igual de todos os concernidos. E só com a fundamentação desse princípio ponte que poderemos dar o passo para a ética do Discurso. Todavia, dei a (U) uma versão que exclui uma aplicação monológica desse princípio; ele só regra as argumentações entre diversos participantes e contém até mesmo a perspectiva para argumentações a serem realmente levadas a cabo, às quais estão admitidos como participantes todos os concernidos (Habermas, 1989: 87).

Para melhor delinear o princípio da universalização, Habermas (1989) propõe, baseado no modelo de Rawls do *reflective equilibrium*[20], a reconstrução das intuições da vida cotidiana que estão na base da avaliação imparcial dos conflitos de ação morais.

Nesse sentido, a ética do Discurso propõe, nas palavras de Habermas:

> [...] quem de modo sério, empreende a tentativa de participar numa argumentação, admite implicitamente

[20]O equilíbrio reflexivo(reflective equilibrium) é um método adaptado por Rawls da epistemologia analítica para a argumentação moral com o intuito de estabelecer uma coerência entre juízos ponderados sobre casos particulares , de um lado, e o conjunto de princípios éticos e seus pressupostos teóricos, de outro (como um principio procedimental que engendra regras para a ação moral). Esse tipo de procedimento é essencialmente pragmático, na medida em que evita questões metaéticas da teoria moral, isso é, não procura resolver os problemas de fundamentação da moral, como nos modelos metafísicos tradicionais, mas apenas apresenta argumentos razoavelmente defensáveis (Oliveira N, 2003: 15).

> pressupostos pragmáticos gerais de teor normativo; é, então, possível abstrair o principio moral a partir do teor destes pressupostos argumentativos, desde que saiba o que significa justificar uma norma de conduta" (Habermas, 1999: 16).

Habermas (1991) designa de *morais* todas as intuições que nos informam acerca das melhores formas de nos comportarmos diante da consideração da extrema *vulnerabilidade dos indivíduos. "É possível entender a moral como um dispositivo de proteção que compensa essa vulnerabilidade estruturalmente instalada em formas de vida socioculturais"* (Habermas, 1991: 18).

Considerando que as morais estão moldadas a essa susceptibilidade humana e se movimentam em torno de princípios relativos à igualdade de tratamento, à solidariedade e ao bem-estar geral, elas têm que cumprir uma dupla missão ao mesmo tempo: a primeira se refere à intangibilidade dos indivíduos, na medida em que reclamam igual respeito pela dignidade de cada um que protegem; e a segunda se refere igualmente às relações intersubjetivas, através das quais se preservam os indivíduos enquanto membros de uma comunidade. A essas duas missões, complementares, correspondem os princípios da justiça e da solidariedade, os quais reportam às condições de simetria, às expectativas de reciprocidade da ação comunicativa (Habermas, 1991).

A função coordenada das ações com pretensão de validez normativa exige, na prática comunicativa da vida cotidiana, um esforço de cooperação entre os interlocutores, não podendo ser superados monologicamente. O participante de argumentos morais prossegue seu agir comunicativo numa atitude reflexiva com o objetivo de restaurar um consenso perturbado.

> As argumentações morais servem, pois, para dirimir consensualmente os conflitos de ação. Os conflitos no domínio das interações governadas por normas remontam imediatamente a um acordo normativo perturbado. A reparação só pode consistir, conseqüentemente, em assegurar o reconhecimento intersubjetivo para uma pretensão de validez inicialmente controversa e em seguida desproblematizada ou, então, para outra pretensão de validez que veio substituir a primeira (Habermas, 1989: 87, 88).

Apoiado na discussão da teoria do agir comunicativo, Habermas ainda considera que só é possível o agir orientado para o entendimento e coordenação de planos de ações comuns a partir do reconhecimento intersubjetivo de pretensões de validade.

> No caso de processos de entendimento mútuo lingüístico, os atores erguem com seus atos de fala, ao se entenderem uns com os outros sobre algo, pretensões de validez, mais precisamente, pretensões de verdade, pretensões de correção e pretensões de sinceridade, conforme se refiram a algo no mundo social comum (enquanto totalidade de relações interpessoais legitimamente reguladas de um grupo social) ou a algo no mundo subjetivo próprio (enquanto totalidade das vivências a que tem acesso privilegiado). Enquanto no agir estratégico um atua sobre o outro para ensejar a continuação desejada de uma interação, no agir comunicativo um é motivado racionalmente pelo outro para uma ação de adesão - e isso em virtude do efeito ilocucionário de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita (Habermas, 1989: 79).

Permanece na ética do Discurso o princípio da dignidade humana e da solidariedade, fiel, portanto, às raízes kantianas, mas orientada pelo enfoque processual, mediante o qual esse conteúdo é buscado pelos envolvidos. Articula o corpo de duas questões da moralidade: a justiça (buscada através do processo argumentativo) e a solidariedade (a partir do reconhecimento da vulnerabilidade humana e do esforço em assegurar o bem-estar de todos). A dignidade humana, nessa perspectiva, só será assegurada se realizada pelo grupo que concretiza o respeito mútuo e o bem-estar de cada um, assim

como realiza a autonomia do sujeito, que é dependente da liberdade e da solidariedade de todos (Freitag, 1989).

Habermas (1991) considera que a ética do discurso foi capaz de evidenciar a estreita relação existente entre justiça e o bem-estar geral, aspectos que na ética do dever e do bem foram tratados isoladamente.

3.2.8.3 Habermas e Kohlberg: Acerca do ponto de vista moral e os conflitos morais

Procuramos registrar, até aqui, os principais pontos da ética do Discurso: defende teses universalistas para o ponto de vista moral, mas exige que essas percorram regras de argumentação para os discursos práticos. Essas regras seguem uma fundamentação a partir de pressupostos pragmáticos com a explicitação dos sentidos das pretensões de validez normativas.

> A fundamentação esboçada da ética do Discurso evita confusão quanto ao uso da expressão 'princípio moral'. O único princípio moral é o referido principio da universalização, que vale como regra de argumentação e pertence à lógica do discurso prático. 'U' tem que ser cuidadosamente distinguido: de quaisquer princípios ou normas conteudísticas, que podem constituir o objeto de argumentações morais; do conteúdo normativo das pressuposições da argumentação, que pode ser explicada sob forma de regras [...] (Habermas, 1989: 116).

Essas considerações implicam afirmar que a ética do Discurso, caracterizada como formal, não implica, no entanto, orientações conteudísticas, mas em um procedimento para o Discurso prático, de modo a possibilitar o exame da validade das normas propostas e consideradas hipoteticamente**.** São os Discursos práticos que apresentam seus conteúdos,

nos quais aparece o horizonte do mundo da vida de um determinado grupo social, e são expressos conflitos de ação em uma determinada situação, onde os participantes têm como tarefa a regulação consensual de uma matéria controversa. Em sua abertura para conteúdos contingentes (ou, à primeira vista, julgados como impertinentes) os discursos práticos acabam por processar esses conteúdos de tal forma que os pontos de vista das certezas não problemáticas particulares acabam por ser deixados de lado, na medida em que não são passíveis de consenso.

> Os valores culturais encerram, é verdade, uma pretensão de validez intersubjetiva, mas encontram-se tão entrelaçados com a totalidade de uma forma de vida particular que não pode originalmente pretender uma validez normativa no sentido estrito – eles candidatam-se, em todo o caso, a materializar-se em normas que dêem vez a um interesse universal (Habermas, 1989: 126).

Mas como se dá o processo da formação de nossas certezas não problemáticas, e em que medida essas podem abrir espaço a normas de interesse universal? Como compreender a formação do ponto de vista moral a partir de teorias cognitivistas da moralidade? A consciência moral é inata ou adquirida?

Para responder a essas questões, Habermas toma os estudos de Lawrence Kohlberg (1927-1987) acerca do Desenvolvimento Moral como uma peça do mesmo quebra-cabeça das pretensões apontadas na ética do Discurso.

Não é nossa intenção percorrer todo o caminho dos estudos de Kohlberg e colaboradores para a fundamentação do ponto de vista moral com sua *Teoria do Desenvolvimento Moral*. Construída no decorrer de quase

quatro décadas de estudos[21], com base em evidências empíricas da psicologia construtivista e numa moralidade que tem como núcleo central o conceito de justiça, essa teoria será apresentada, aqui, apenas em linhas gerais, para podermos voltar a Habermas, tomando essa teoria no diálogo com a ética do Discurso.

Situada na tradição do pragmatismo norte-americano, a *Teoria do Desenvolvimento Moral* de Kohlberg (1958) postula uma seqüência universal para o desenvolvimento moral, subdividida em seis estágios que compõem respectivamente três níveis da moralidade:

A - Pré-convencional, que se caracteriza pela moralidade heterônoma, subdividindo-se nos seguintes estágios:

1- as regras morais derivam da autoridade. O indivíduo desse estágio define a justiça em função da diferença de poder e status, não sendo capaz de diferenciar perspectivas nos dilemas morais;

2- a moralidade de intercâmbio onde se inicia o processo de descentração, possibilitando que o indivíduo considere outras pessoas com interesses próprios, porém ainda permanece a moral centrada no indivíduo, onde trocas e acordos têm como objetivos garantir perspectivas individualistas. As regras e expectativas sociais são, nesse estágio, externas ao "Eu".

B - Convencional: valoriza o reconhecimento do outro que se encontra na base da moralidade normativa interpessoal ou da moralidade do sistema social:

[21]Iniciou publicamente seus trabalhos sobre o julgamento moral com sua defesa de tese de 1958, na Universidade de Chicago com o título "O desenvolvimento dos modos de pensamento e opção moral entre dez e dezesseis anos". Posteriormente Kohlberg se fixa na Universidade de Harvard onde permanece até sua morte aos 59 anos de idade.

1- começa-se a seguir regras para garantir um bom desempenho no papel de “bom menino”. Registra-se a preocupação com outras pessoas e seus sentimentos;

2- o indivíduo adota a perspectiva de um membro da sociedade baseada em uma concepção do sistema social como um conjunto consistente de códigos e procedimentos que se aplicam imparcialmente a todos os membros.

C - Pós – Convencional: considerado por Kohlberg como o mais alto da moralidade, uma vez que o indivíduo começa a perceber os conflitos entre as regras e o sistema e foi dividido entre o estágio dos Direitos Humanos e dos Princípios Éticos Universais:

1- As orientações são legalistas – contratualistas. Há um reconhecimento do componente aleatório das regras com expectativas para se estabelecer consensos. O dever é definido como contrato e se busca evitar a violação dos direitos e das intenções dos outros. Há, aqui, a defesa da vontade e do bem-estar da maioria;

2- O indivíduo orienta suas ações por princípios lógicos universais, superando as ações baseadas em papéis sociais atribuídos. A ação agora se baseia na consciência própria na base do respeito.

A base empírica para a definição dos estágios foi construída a partir do rico material coletado por Kohlberg no caso dos julgamentos emitidos sobre “Heinz”[22] e seu dilema de ação, onde os estágios mais altos constituem o

[22] A woman was near death from a special kind of cancer. There was one drug that the doctors thought might save her. It was a form of radium that a druggist in the same town had recently discovered. The drug was expensive to make, but the druggist was charging ten times what the drug cost him to produce. He paid $200 for the radium and charged $2,000 for a small dose of the drug. The sick woman's husband, Heinz, went to everyone he knew to borrow the money, but he could only get together about $ 1,000, which is half of what it cost. He told the druggist that his wife was dying and asked him to sell it cheaper or let him pay later. But the druggist said, "No, I discovered the drug and

que ele chamou de pensamento pós-convencional. Para Kohlberg a maturidade moral é atingida quando o indivíduo é capaz de entender que a justiça pode não ser a mesma coisa que a lei; que algumas leis existentes podem ser moralmente erradas e devem, portanto, ser modificadas. Todo indivíduo é capaz de formular criticas à cultura em que foi socializado, ao invés de incorporá-la pacificamente. Nesse ponto, esse Autor apresenta sua aproximação com as teorias sociológicas cujo objetivo é a transformação da sociedade (Freitag, 1989). Conforme Kohlberg[23]:

> Essas análises remetem às características de um ponto de vista moral, sugerindo que o raciocínio verdadeiramente moral envolve aspectos tais como: imparcialidade, universalidade, reversibilidade e prescritividade (Kohlberg apud Habermas, 1989: 146).

Habermas (1989,1999) toma essa construção teórica para exemplificar a possibilidade do diálogo entre sua fundamentação para a ética do Discurso e uma proposta teórica vinculada às ciências reconstrutivas de modo a responder a posições hipotéticas a partir de confirmações plausíveis. Em suas palavras: "...uma teoria depende da confirmação indireta de outras

---

I'm going to make money from it." So Heinz got desperate and broke into the man's store to steal the drug for his wife.Should Heinz have broken into the laboratory to steal the drug for his wife? Why or why not? Kohlberg, Lawrence (1981). *Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development*. Harper & Row. In: Wikipedia, the free encyclopedia.

Numa cidade da Europa, uma mulher estava morrendo devido a um tipo de câncer. Um medicamento foi descoberto por uma farmacêutico da cidade, que poderia salvar-lhe a vida. A descoberta desse medicamento tinha custado muito dinheiro ao farmacêutico, que agora pedia dez vezes mais por uma pequena porção desse remédio. Heinz, procurou ajuda com pessoas conhecidas para lhe emprestarem dinheiro e, assim, poderia comprar o medicamento. Mas, apenas conseguiu juntar metade do dinheiro pedido pelo farmacêutico. Procurou então o farmacêutico e contou-lhe que a sua mulher estava morrendo e pediu-lhe para lhe vender o medicamento mais barato. O farmacêutico respondeu que não, que tinha descoberto o medicamento e que queria ganhar o dinheiro com a sua descoberta. O Henrique, que tinha feito tudo ao seu alcance para comprar o medicamento, ficou desesperado e estava pensando em assaltar a farmácia e roubar o medicamento para a sua mulher".Heinz **deve ou não assaltar a farmácia e roubar o medicamento? Por quê sim, ou por quê não?** Tradução de.O.M. Lourenço.

[23]Kohlberg L. A reply to Owen Flanagan, in: Ethics, 1982 and Justice as Reversibily, in Justice as Reversibility, in: Essays on moral development, vol. I, San Francisco. 1981.

teorias concordantes" (Habermas,1989), ou, dito de outra forma, para mostrar a relação de coincidência e de adaptação recíproca entre a explicação psicológica, por um lado, e a reconstrução filosófica por outro.

Habermas considera a *Teoria do Desenvolvimento Moral* de Lawrence Kohlberg e colaboradores como capaz de ir ao encontro das posições hipotéticas da ética do Discurso, permitindo o contraponto necessário ao relativismo moral. Em seus termos:

> De acordo com essa teoria, o desenvolvimento da capacidade de julgar moral efetua-se da infância até a idade adulta passando pela adolescência, segundo um modelo invariante; o ponto de referência normativo da via evolutiva analisada empiricamente é constituído por uma moral guiada por princípios: nela a ética do Discurso pode se reconhecer em seus traços essenciais (Habermas, 1989: 144).

O relativismo moral é superado na medida em que a teoria do desenvolvimento moral permite considerar as diferentes concepções morais como conteúdos em relação às formas universais do juízo moral e as diferentes estruturas existentes entre sistemas morais podem ser análogas aos diferentes estágios do desenvolvimento moral. Conforme Kohlberg[24]:

> Defendemos que existe uma forma universalmente válida para o processo de cognição racional-moral, possível de ser articulada por todos os indivíduos, partindo de princípios de que existem condições sociais e culturais adequadas ao desenvolvimento do estágio cognitivo-moral. Defendemos que a ontogênese relativa a esta forma de pensamento racional-moral ocorre em todas as culturas segundo a mesma seqüência gradativa e gradual invariável (Kohlberg apud Habermas, 1991: 78).

Ao entrelaçar a ética do Discurso com a Teoria do Desenvolvimento da Consciência Moral, Habermas tem como propósito assegurar a reconstrução

[24]Kohlberg L. The current formulation of the theory .In *Psychology of moral development*. San Francisco. 1984.

vertical dos estágios de desenvolvimento do juízo moral, em consonância com os fundamentos filosóficos implícitos a essa teoria, quais sejam: o cognitivismo, o universalismo e o formalismo, também presentes na ética do Discurso (Bannwart Junior, 2007).

Nesse sentido, a aproximação Habermasiana ao estruturalismo genético de Piaget e Kohlberg na ética do Discurso possibilitou a essa proposta uma fundamentação de base empírica para a situação ideal dialógica. Isso porque os resultados da pisicogênese demonstram que a tomada da consciência do mundo social a partir da interação da criança nas situações de jogos em grupos decorre a construção de relações sociais onde cada criança assume mentalmente a posição de cada jogador, compreendendo melhor as chances do jogo (contexto) e de vencer dentro de regras (normatividade) previamente estabelecidas. Essa tomada de diferentes posições nas situações de jogo permite à criança um processo de reconstrução mental de todos os demais pontos de vista – com interesses e vontades próprias nas quais as ações podem entrecruzar-se, mas que as margens para a liberdade estão pré-fixadas pelas regras do jogo. Esse exercício, vivenciado pelas crianças, permite reconhecer a natureza social das regras e sua dependência de consenso e do respeito mútuo dos atores, cujo comportamento ela pretende regular. Quando a criança piagetiana questiona a validade de uma regra, reconhecendo sua arbitrariedade, e parte para a renegociação desta com os demais participantes do jogo, está praticando mentalmente o discurso ético, que pressupõe a antecipação da ação dos outros, calculando e ponderando efeitos colaterais. Em caso de

equívocos, os pares contestam, corrigem, argumentam e impõem o argumento mais convincente. Essa situação dialógica ideal praticada no jogo (concreto) é reconstruída, mentalmente, pelos participantes a cada nova situação ou conflito. Piaget e Kohlberg descrevem, a partir de situações experimentais, como a ética do Discurso se expressa na realidade, embora não nomeiem desse modo. Habermas, na releitura desses estudos assume claramente a perspectiva que apresentou em sua Teoria da Ação Comunicativa. (Freitag, 1989).

Vejamos como Habermas (1989) traduz os estágios morais a partir dos papéis desempenhados em cada estágio, segundo as estruturas gerais do agir comunicativo:

Quadro I - Estruturas gerais do agir comunicativo: qualificações do agir segundo papéis (Habermas[25] apud Waizbort, 1998).

Pressuposto Cognitivo	**Níveis de interação**	**Planos de Ações**	**Atores**	**Normas**	**Percepção de Motivações dos atores**
Nível 1: Pensamento Pré-convencional	Interação Incompleta	as ações têm como horizonte conseqüências concretas	identidade natural	corresponder a expectativas do comportamento esperado pela autoridade reconhecida	externaliza e realiza intenções de ações e desejos
Nível 2: Pensamento concreto operacional convencional	interação completa	desempenho de papéis apoiados em normas sociais	identidade corresponde ao papel social esperado	compreender e seguir normas e expectativas de comportamento reflexivo	Distingue entre dever e querer, entre ações/ normas e indivíduos portadores de papéis
Nível 3: Pensamento formal-operacional	agir comunicativo e discurso	Interpretações concorrentes das necessidades	Identidade do EU (autenticidade)	compreende e aplica normas a partir de processos reflexivos apoiados em princípios	distingue entre normas particulares/ universais e entre individualidade/ Eu e Outros

[25] Habermas J. Para a construção do materialismo histórico. São Paulo. Brasiliese, 1983.

Habermas (1989) reconhece, na Teoria do Desenvolvimento Moral, boas razões para acreditar que essa pode reconstruir o cerne geral de nossas intuições morais ou do ponto de vista moral apoiada no desenvolvimento dos estágios da infância à idade adulta e evidenciando as diferentes percepções, em cada estágio, sobre as regras sociais, enquanto reguladoras para as ações com pretensões de validade, que estão apoiadas em princípios tidos como universais.

Caso essa tese não fosse válida, em sua opinião, nunca se encontraria o sentido cognitivo da validade moral das proposições normativas.

Habermas (1989) busca nessa teoria os elementos que permitem refletir as possibilidades do indivíduo adquirir competência interativa, tanto na elaboração como na solução conscientes de conflitos de ação julgados como relevantes, e, a partir desse ponto, apontar o conseqüente desdobramento para a ação comunicativa. Sua intenção é apontar a reconstrução das estruturas gerais tanto da capacidade que tem os sujeitos socializados de agir (capacidade de ação), quanto dos sistemas de ação (normas que regulam as ações).

Nesse sentido, procura indicar como fio condutor para a análise dessas estruturas (nos três níveis de desenvolvimento da consciência moral acima destacados) formas de interação que esclareçam a competência das perspectivas dos falantes e da perspectiva do mundo que são responsáveis por uma compreensão descentrada deste último. Em suas palavras:

> [...] Estou convicto de que a ontogênese da perspectiva do falante e do mundo, que leva uma compreensão

> descentrada do mundo, só poderá ser esclarecida em conexão com desenvolvimento das correspondentes estruturas da interação" (Habermas, 1989: 170).

Habermas (1989) toma os estágios morais de Kohlberg analisando-os em sintonia com as perspectivas sócio-morais, onde a ênfase é dada à compreensão descentrada do mundo e não desvinculada deste, onde são levadas em conta as referências aos mundos objetivo, social e subjetivo, inerentes à própria situação de fala em que os participantes se colocam na busca de entendimento mútuo, o que caracteriza as atividades relacionadas aos papéis comunicacionais de primeira, segunda e terceira pessoas.

A perspectiva do falante vem da relação EU-TU, expressando os papéis da primeira e da segunda pessoa. A perspectiva do mundo está expressa na perspectiva do observador, ou da terceira pessoa. Com a introdução da perspectiva da terceira pessoa se consolida o estágio convencional, tendo esse possibilitado a realização de ações estratégicas a partir da compreensão do mundo social (ou do sistema de normas). Nesse nível, os sujeitos passam a ter conhecimento dos sistemas de normas que derivam dois tipos de agir: estratégico e da interação guiada por normas.

Um mundo social que, contempla normas sociais, traz implícito uma autoridade suprapessoal que regula relações interpessoais de maneira legítima. A referência de autoridade é encarnada em pessoas ou contextos particulares através de conceitos normativos de obrigações morais, do reconhecimento de regras e da validade deontológica de ordens autorizadas (Habermas, 1989).

Em linhas gerais, o que Habermas tenta mostrar é que as respectivas mudanças que ocorrem em cada estágio da interação entre sujeitos

sinalizam, concomitantemente, o avanço de formas de reciprocidade embutidas em níveis de interações sociais cada vez mais abstratos e universais, consolidados no núcleo da consciência moral. Elas sinalizam o caminho que conduz ao conceito suprapessoal que é, por assim dizer, desvinculado de pessoas particulares, mas expressa uma autoridade intersubjetiva da vontade coletiva, a qual permite relações simétricas. É o estágio pós-convencional, na opinião de Habermas (1989), que possui as condições para a ação moral com discernimento, uma vez que o adulto, nesse estágio, tem a possibilidade de abandonar o mundo social nativo no qual entrara com a passagem para o estágio convencional da interação e isso possibilita a superação da ingenuidade da prática cotidiana:

> Na medida em que o mundo social é desprendido do contexto de uma forma de vida factualmente habitualizada, mas presente sob o modo da certeza de pano de fundo e é posto à distância pelo participante do Discurso que assumiu uma atitude hipotética, os sistemas normativos que se tornaram infundados precisam, é verdade, de **outro** fundamento. Esse fundamento novo tem que ser obtido a partir da reorganização dos conceitos sócio-cognitivos básicos disponíveis no estágio de interação precedente. Ai, é a própria estrutura de perspectivas de um mundo completamente descentrado, que gerou em primeiro lugar o problema, que também provê os meios para a sua solução. As normas de ação são pensadas agora, de sua parte, como também normalizáveis; elas são subordinadas a princípios, isto é, a normas de nível superior.[...] A essa diferenciação nos conceitos da norma e da validez deontológica corresponde uma diferenciação no conceito do dever; agora, o respeito à lei não serve per se como motivo ético. À heteronomia, isto é, à dependência de normas existentes, opõe-se a exigência de que o agente, ao invés da validez social de uma norma, erija ao contrário a sua validade em princípio de determinação de seu agir [...] A responsabilidade torna-se um caso especial da imputabilidade ; esta significa a orientação do agir em função de um acordo representado de maneira universal e motivado racionalmente - age moralmente quem age com discernimento (Habermas, 1989: 195,196).

O agir moral representa aquele agir regulado por normas nas quais o agente se orienta com pretensões de validez, mas essas são reflexivamente examinadas.

A resolução de conflitos nesses termos apóia-se em juízos fundamentais e em um agir orientado por discernimentos morais. Os envolvidos partem, nesse caso, de idéias da vida boa e justa, que permite ordenar as situações controversas ou de conflitos. Os pontos de vista que devem fundamentar ou possibilitar o consenso são eles próprios colocados em questão. Os sujeitos morais, independentemente de classes sociais, forma de vida, herança cultural etc., só podem se referir a um ponto de vista moral, nas palavras de Habermas, *subtraído à controvérsia*, ou seja, quando não se pode deixar de aceitá-lo. Por isso o ponto de vista moral toma por referência as estruturas nas quais todos os participantes da interação já se encontram desde sempre, na medida em que agem comunicativamente.

A ética do Discurso completa a discussão apresentada pelo ponto de vista moral através da exigência argumentativa:

> O “moral point of view” (“ponto de vista moral”) não pode ser encontrado num primeiro princípio ou numa fundamentação “última”, ou seja, fora do âmbito da própria argumentação. Apenas o processo discursivo do resgate de pretensões de validez normativas conserva uma força de justificação; e essa força, a argumentação deve em última instância ao seu enraizamento no agir comunicativo. O almejado ponto de vista moral, anterior a todas as controvérsias, orienta-se de uma reciprocidade embutida no agir orientado para o entendimento mútuo (Habermas, 1989: 197).

Nesta medida, a ética do Discurso apóia-se em um modelo que é inerente à busca do entendimento mútuo lingüístico.

Paremos, por aqui, nossa aproximação às pretensões *da ética do Discurso* com os aportes da teoria do *Desenvolvimento da Consciência Moral*, discussão não encerrada em Habermas, mas que, para nossas pretensões, já apresentam os elementos necessários às intermediações que pretendemos encaminhar.

Nosso desafio será, agora, fazer dialogar essa extensa discussão que, à primeira vista, pode parecer "meta-ética", com situações bastantes práticas do contexto assistencial de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids. Em que sentido essa teoria nos ajudará a compreender os conflitos morais dos contextos assistenciais? Com essa finalidade também voltamos, agora, à Bioética como exemplo das possibilidades de uma ética prática para o campo da saúde em diálogo com a proposta da ética do Discurso.

3.2.9 A ética do Discurso, as ações em saúde e a Bioética: aportes para o lidar com os dilemas morais

Sem pretender ter esgotado o assunto, esperamos ter apresentado em linhas gerais do que trata a ética do Discurso na perspectiva habermasiana, destacando seu sentido pragmático e possibilitando a aproximação às questões de interesse do estudo. Voltemos a elas:

Como essa teoria poderá dialogar com os conflitos morais vivenciados nos espaços assistenciais voltados ao seguimento das pessoas vivendo com HIV/aids? Qual sua relação com atuais discussões da Bioética? Como

poderá contribuir na compreensão das indicações da PNHSUS para as práticas assistenciais?

Habermas nos apresenta um plano formal de fundamentação para uma ética do Discurso com base no agir comunicativo (e aqui em contraponto ao agir estratégico), onde o principio moral, ou ponto de vista moral, reside em tomar a comunicação entre os sujeitos como uma práxis de reconhecimento mútuo, de descentração e partilhamento da compreensão acerca do bom e do justo. Toma o processo de argumentação livre de coações, como capaz de construir e reconstruir discursos legitimamente reconhecidos ou válidos.

A exigência colocada pela diretriz da PNHSUS do "resgate da dignidade da palavra" nos contextos assistenciais da saúde, e, através desta, o "resgate" do valor "humano" nas relações estabelecidas entre os sujeitos desses contextos, pode ser compreendida como certo contraponto às ações estratégicas (também necessárias, é verdade, embora sua exclusividade possa dificultar a percepção de questões orientadas por valores) e a necessária ênfase em ações comunicativas como capazes de propiciar o reconhecimento e consideração dos valores intrínsecos aos participantes, no processo de tomada de decisões acerca de questões que afetam a orientação das práticas de saúde.

As ações teleológicas[26], ou estratégicas, conforme nos é apresentada na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (2003), referem-se às ações em que os atores realizam fins ou produzem estados de coisas desejáveis,

[26] No escopo da discussão acerca da racionalidade da ação a partir de teorias sociológicas, Habermas nos apresenta quatro conceitos sociológicos de ação: teleológica (utilizado primeiramente na economia política e por Neumann e Morgenstern com a teoria de jogos estratégicos); normativa (da sociologia de Durkheim e Parson); dramaturga (em Goffmann) e a ação comunicativa (em Mead e Garfinkel).

elegendo, em uma dada situação, os meios mais congruentes e aplicando-os de maneira adequada. Nesse sentido, as decisões estão orientadas para a realização de um propósito, dirigido por máximas e apoiado em uma interpretação da situação.

Podemos considerar, no nosso caso, as Diretrizes do Programa Nacional de DST e Aids como o "discurso interpretativo" que indica as máximas onde as ações dos profissionais são, do ponto de vista institucional, primeiramente apoiadas.

A ação teleológica converte-se, por assim dizer, em ação estratégica quando, para o êxito dessa ação, o agente intervém na expectativa das decisões de pelo menos um outro agente que também atua com vistas à realização de seus propósitos.

No âmbito das intervenções dos profissionais da saúde, essas estão apoiadas em saberes técnicos e operantes (Mendes-Gonçalves, 1994, Schraiber et al., 1996). Desta forma, a ação terá determinadas finalidades, impondo aos agentes profissionais responsabilidades no que tange a responder a demandas socialmente determinadas, que estão ligadas, no plano normativo mais geral, a intervenções apoiadas na defesa da vida e restabelecimento da saúde apoiada em certa tradição (Hipocrática), segundo a qual a ação médica é tida como respaldada no princípio da beneficência, ou seja, voltada ao bem do paciente.

Mesmo que essa afirmação seja verdadeira, se tomarmos o princípio habermasiano da necessidade de partilhar entendimentos sobre o que seja "o bom e o justo" entre todos os sujeitos envolvidos nas situações

assistenciais (profissionais e usuários) – principalmente, onde não há, por exemplo, correspondência entre a indicação ou prescrição dos profissionais e a possibilidade de correspondência a essa indicação por parte dos usuários – estaremos obrigados a abrir mão de nossas certezas, colocando-as em regime de validação, a partir, agora, da consideração do ponto de vista dos usuários ou de suas possíveis argumentações.

Esse descompasso entre indicações dos profissionais e diferentes posições dos usuários representam situações que podem ser consideradas de conflitos, e por vezes, conflitos de ordem moral.

Fazer a transposição do conflito moral para o contexto das decisões clínicas/assistenciais associadas a ter HIV/aids nos ajuda a compreender que essas podem corresponder a lógicas ou racionalidades revestidas de sentidos morais e/ou exigências sociais que podem ser conflituosas e, mesmo assim, válidas ou revestidas de valores defensáveis, chamando a atenção para a complexidade do julgamento clínico assistencial e da liberdade/responsabilidade da ação profissional, como de resto em toda prática clínica (Schraiber, 1995).

É, assim, que, com intenção de identificar e examinar conflitos morais no cotidiano do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids com base nessa ética discursiva, que não pode apoiar suas pretensões de universalidade senão nos *aspectos procedimentais* do consenso intersubjetivo, isto é, nas possibilidades de acordo comunicativamente alcançado entre diferentes pretensões normativas e acerca de conteúdos cujo caráter problemático só pode ser depreendido e resolvido em relação aos contextos concretos de

prática de onde emergem é que, podemos retornar à Bioética como referência para o desenvolvimento do nosso estudo.

Na primeira parte deste texto, apresentamos, brevemente, a emergência do Discurso da Bioética como uma ética aplicada à saúde, fundada em teorias morais que procuram responder aos problemas humanos a partir da reflexão acerca dos caminhos possíveis para a resolução de problemas que envolvem valores humanos no contexto da vida e da saúde. Não se tratando, no entanto, de uma disciplina normativa do ponto de vista moral, é antes um convite à reflexão ou ao reexame de situações tidas como de conflitos nas práticas assistenciais, a partir de um olhar interdisciplinar para questões que envolvem a vida e os valores humanos. Centrada no agir no âmbito da saúde, a Bioética pode ser considerada como uma “ética aplicada” e, ainda uma “ética prática”.

Mas quais são as indicações dessa disciplina para a compreensão dos conflitos morais que emergem nos diferentes contextos assistenciais?

Uma das possibilidades de resposta nos é apresentada por Gracia (2005), que aproxima suas proposições à ética prática. Esse autor compreende o conflito moral vivenciado em espaços assistenciais como um conflito de deveres.

A aplicação de princípios em casos particulares no campo da saúde referem-se, primeiramente, à realização de um valor, ou, numa perspectiva habemasiana, na explicitação de um ponto de vista moral. Gracia (2005) afirma que não é o valor em si que está em questão quando temos um conflito, uma vez que o valor terá sempre características positivas, digno de

ser respeitado, preservado ou realizado. O conflito está no ato ou ação que é a escolha para a realização de um determinado “bem” pré-estabelecido e reconhecido socialmente.

O movimento para a realização desse bem (socialmente reconhecido e validado) pode, por vezes, significar abrir mão de um outro valor também reconhecido. Nesse caso, chama a atenção para a necessidade humana de “realizar valores”, embora reconheça que haja limites impostos pela vida prática na busca dessa realização. Nesse sentido, caracterizará o conflito, em um primeiro momento, como um movimento na busca da melhor solução, ou aquela que possa representar a decisão que melhor atenda a realização e/ou preservação de valores envolvidos em situações práticas.

Como exemplo, o autor cita casos ligados ao respeito a preceitos religiosos – religião como valor, e necessidades de procedimentos médicos para preservar a vida – vida como valor; em situações em que não há congruência**;** quando o respeito a um desses valores compromete o respeito ou realização do outro (o exemplo das pessoas que são Testemunhas de Jeová e que, portanto, não concordam em se submeter à transfusão de sangue mesmo em situações em que a vida está em risco).

Esses são conflitos em que os valores envolvidos nos remetem ao que o autor chamou de Conflito de Deveres, ou seja, entre o que se deveria fazer em uma situação ideal e o que pode ser feito em uma situação concreta. Por vezes, não se consegue atender às exigências do plano ideal. Idealmente um médico não deve mentir ou omitir informações a seu paciente, embora, a depender da situação, poderá se justificar a mentira, o

que caracteriza uma exceção à regra balizada pela situação concreta, mas que não desobriga o profissional a respeitar o dever de sempre dizer a verdade. Nesse sentido o Conflito Moral é um Conflito de Deveres e de Valores, e por isso é Moral.

A ética do Discurso habermasiana, tem privilegiado o plano normativo que informa o dever, sem, no entanto, desconsiderar o plano valorativo que se refere a considerações sobre ideais de "Boa Vida". Habermas (1991), toma as questões de ordem valorativa, renovando o diálogo com as abordagens neo-aristotélicas a partir da dimensão moral das sociedades. A dimensão moral das sociedades procura fazer frente à susceptibilidade humana, se movendo em torno de valores que reconhecem a intangibilidade dos indivíduos; reclamam por igual respeito pela dignidade de cada um enquanto membro de uma comunidade e se reportam às condições de simetria entre os sujeitos que protegem. Os componentes desses valores estão apoiados na permanência de saberes válidos, na estabilização de solidariedades grupais, e na formação de atores responsáveis que se movem no sentido de mantê-los.

Desse modo, o plano normativo expresso em deveres, foi tomado como um movimento na direção da realização de **valores.** Ou seja, a direção da ação que está fundamentada ou tem como objetivo um certo bem que é reconhecido e valorizado. Por exemplo: manter a saúde de alguém – a saúde é um valor reconhecido que provoca, por assim dizer, o dever no caso dos profissionais, (ou nos impõe obrigações implícitas para com as nossas vidas) em realizar ações na direção de sua proteção, promoção ou

restabelecimento. Vejamos como Gracia (2005) explica a noção de dever como movimento para a realização de valores:

> Para o ser humano há um terceiro mundo, além do mundo dos fatos e dos valores. É o mundo dos deveres. É um mundo estranhíssimo. Os seres humanos crêem que devemos fazer certas coisas e evitar outras. É também uma experiência universal, consubstancial com a natureza humana. Podemos divergir quanto aos conteúdos dos nossos deveres, mas a experiência do dever é praticamente universal. E o que devemos? Realizar valores. Precisamente porque os valores valem, e o ser humano crê que deve realizar, transformar em realidade, em um menor tempo possível. É um dever fazer o possível para a realização do valor da paz, e do valor da justiça, e o amor, e a beleza, etc. Todos desejaríamos que nosso mundo fosse assim [...] O ideal, como o valor da justiça, tem efeitos reais sobre nós, nos obriga realmente, exigindo-nos sua realização. Não é o real que nos impõe e sim o ideal ao real [...] (tradução livre). […][27] (Gracia, 2005: 4).

Mas, a questão do dever está submetida, na prática, à questões éticas que dizem respeito a qual a vida que se tem e qual a vida que se quer ter, sobre quem se é e se quer ser, assim como, os sentidos do bom para si e para os demais (ou o Outro). Compreendendo dessa forma, os atores sociais já estão imersos em uma dada comunidade moral guardadora do acervo de valores e nesse sentido, será a socialização condição para a individuação (Habermas, 2002).

Apoiando-se nas discussões de Ricoeur, Schraiber (1997) ressalta que o conflito de dever está associado, no campo da ação médica, à

[27] Pues bien, en el ser humano hay un tercer mundo, además del de los hechos y el los valores. Es el mundo de los deberes. Es un mundo extrañísimo. Los seres humanos creemos que debemos hacer ciertas cosas y evitar otras. Es también una experiencia universal, consustancial con la naturaleza humana. Podremos divergir en cuanto a los contenidos de nuestros deberes, pero la experiencia del deber es prácticamente universal. Y qué es lo que debemos? Realizar valores. Precisamente porque los valores valen, el ser humano cree que debe realizarlos, hacerlos realidad en menor tiempo posible. Es un deber hacer o posible para que se realicen el valor paz, t el valor justicia, y el amor, y la belleza, etc. Todos desearíamos que nuestro mundo fuera así. [...] lo ideal, como el valor justicia, tiene efectos reales sobre nosotros, nos obliga realmente, exigiéndonos su realización. No es lo real lo que se impone a lo ideal, sino lo ideal a lo real […][27] (Gracia, 2005: 4).

problemática da subjetividade que se articula à objetividade técnico-científica no exercício cotidiano do trabalho. Registra que as soluções para esse tipo de conflito não se dão com aportes fixos, como regras científicas, uma vez que se referem à vida cotidiana e estão imersos nas situações desses cotidianos construídos a partir de interações e, portanto, suas soluções estarão sujeitas ao contexto prático (Schraiber, 1997). A complexidade e variedade de questões apresentadas pela epidemia da aids e, dentre estas, aquelas próprias da "vida privada" das pessoas afetadas, por vezes levam os profissionais a se confrontarem com seus próprios medos e preconceitos inerentes ao mundo da vida e pontos de vista moral, evidenciando-se a dimensão subjetiva (intersubjetiva) do trabalho. Essa característica aponta para considerações para além da técnica, o que traz como exigência superar ou reconsiderar, muitas vezes, o caráter estratégico da ação, recolocando-a em termos de uma ação comunicativa, a fim de buscar soluções para questões em que as respostas não são encontradas em "protocolos".

A esse respeito, Schraiber (1996), ao questionar a existência de espaço dentro da técnica para julgamentos de natureza subjetiva, demarca o caráter ético vinculado às escolhas e decisões feitas no âmbito pessoal dos agentes de trabalho em saúde. Em suas palavras:

> [...] Este tipo de indagação certamente nos coloca diante de problemáticas de natureza ética, porque nos coloca diante de situações de escolhas e decisões, que dizem respeito a uma relação interpessoal na vida cotidiana e sobretudo dizem respeito ao Outro da relação (no caso a relação médico-paciente ou profissional da saúde-paciente), e que, além disso, seriam juízos (escolhas/ decisões) feitas no âmbito pessoal dos agentes de trabalho [...] (Schraiber, 1996: 1).

Nessa mesma direção, Zoboli (2006) destaca as reflexões de Carol Gilligan acerca da “ética do cuidado”, que se refere à consciência da conexão entre as pessoas, reconhecendo-se responsabilidades de uns para com os outros, de modo que a solução para possíveis conflitos deve ser obtida pela comunicação entre os envolvidos não como rivais, mas como co-responsáveis de situações partilhadas.

O problema ético, nessa perspectiva, não se origina no confronto entre direitos rivais, mas de um conflito de responsabilidades que exige um modo de pensar contextual e narrativo, onde os participantes são interdependentes de uma rede de relacionamentos, onde a manutenção da vida, ou de interesses comuns, depende de todos. Nesse sentido o juízo ético não está restrito a regras fixas, mas deve dialogar com a vida vivida, buscando-se soluções não violentas.

3.3 Estratégia metodológica

No registro, acima fundamentado, de um exame dos conflitos morais, ou de dever, na perspectiva de uma ética do cuidado de base discursiva, optamos por proceder entrevistas com profissionais de saúde que atuam em serviços especializados em DST/aids para o registro das idéias que atribuíram valor ao fazer profissional assim como identificar as situações julgadas como de conflito na visão desses profissionais. Foi realizada, ainda, a observação participante de tipo etnográfico de reunião promovida pelos trabalhadores de um dos serviços investigados, que teve como intuito,

definido por esses últimos, o debate de caso que trazia impasses para a equipe na forma de condução.

3.3.1 Entrevistas com profissionais de saúde

Foram realizadas dezessete entrevistas (sendo uma delas pré-teste, que foi considerada para fins da análise) apoiadas em roteiro semi-estruturado (anexo1). Cada entrevista teve duração média de cerca de 60 minutos e foram gravadas e transcritas. Posteriormente, a transcrição das entrevistas, foi disponibilizada aos participantes, oferecendo-se novas possibilidades de interlocução a partir do registro apresentado. Em alguns casos foram necessárias duas sessões devido ao tempo disponibilizado pelo profissional para a entrevista não ter sido suficiente para conclusão da entrevista, devido a ter que retornar a suas atividades rotineiras. Nessas situações, foram marcadas novas seções, onde se retomava a conversa inicial e eram acrescentadas novas reflexões do entrevistado acerca do tema, dando seguimento ao depoimento a partir de pontos propostos pela pesquisadora. Quase a totalidade das entrevistas foi realizada na própria unidade de saúde, sendo estas previamente agendadas e realizadas durante o ano de 2007 e primeiro trimestre de 2008.

A “escolha” dos entrevistados se deu, inicialmente, a partir da manifestação de interesse de profissionais dos serviços em conceder entrevistas, após a apresentação geral da proposta do estudo pela pesquisadora ao conjunto dos trabalhadores das respectivas unidades, e

dos critérios de eleição estabelecidos pelo estudo. Foram incluídos profissionais que desenvolviam atividades assistenciais e/ou de atenção direta às pessoas vivendo com HIV/aids. Foram excluídos, profissionais com funções estritamente administrativas, sem contato direto com pacientes. Posteriormente, foi solicitado a cada entrevistado que indicasse colegas, utilizando como critério sua própria vivência da entrevista e nossas necessidades em encontrar “bons informantes”. Nesse caso, pessoas que se dispusessem a contar diferentes situações vivenciadas no contexto assistencial e que foram entendidas como difíceis.

3.3.2 Observação participante

Também foi incluída a observação participante de tipo etnográfico, de reuniões técnicas das equipes para discussões de casos, procedendo-se o registro detalhado desses encontros que foram também gravados. O objetivo da observação foi captar eventuais situações de impasse vivenciadas pelos profissionais e possíveis indicações para sua solução. Os profissionais participantes das entrevistas estiveram ou não presentes nas atividades observadas, não tendo a observação caráter comparativo com o discurso individual, uma vez que se valorizou a construção coletiva de possíveis consensos em relação a casos e/ou situações eleitas para discussão da equipe.

Os conteúdos das entrevistas e do registro da reunião foram trabalhados de modo interpretativo/compreensivo, entendendo os

depoimentos como “discursos”, isto é, os depoimentos foram tomados como unidades de sentido, interpretadas de modo não-formalista, a partir de uma perspectiva hermenêutica (Ricoeur 1996). Buscou-se identificar eixos de significação em torno dos quais os discursos foram organizados: fatos e ações que concretamente indicam valores, crenças e sentimentos associados.

3.3.3 A escolha dos serviços

As entrevistas e observação foram realizadas em dois serviços ambulatoriais da Cidade de São Paulo: um Ambulatorial Especializado em DST/aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, situado em região periférica (Zona Leste) da cidade e em um serviço de referência em DST/aids da Secretaria de Estado da Saúde, que possui uma estrutura maior e mais complexa, incluindo suporte hospitalar, localizado em região mais central da cidade (Zona Sul). Ao incluir serviços em localidades extremas e com diferentes estruturas, pretendeu-se verificar em que medida essas diferenças também poderiam influenciar ou diferenciar o tipo de problema vivenciado e suas formas de encaminhamento.

3.4 Plano de análise

Elaboramos o seguinte quadro para análise do material empírico a partir do relato dos profissionais entrevistados e do registro da observação da reunião:

Quadro II – Plano de análise

CATEGORIAS: AÇÃO MORAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE:	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE**
- Da moral: Valores que orientam escolhas e modos de agir.	Identificar os valores (do mundo da vida) através das biografias dos sujeitos que orientaram a escolha profissional e a possível relação desses como as práticas assistenciais atuais.
- Do Trabalho em saúde: o processo de trabalho; o agir estratégico; a ação orientado para fins, (teleológico); a busca de quais resultados. **-Do conflito moral e ação:** Rompimento com as certezas (normas deontológicas e teleológica).	Identificar a percepção dos entrevistados, acerca do espaço assistencial e suas finalidades e o agir (estratégico ou comunicativo). Identificar a partir do discurso dos entrevistados à percepção dos sujeitos hipotéticos presentes no espaço assistencial. Identificar relações, a partir das situações estabelecidas no contexto assistencial, que colocam em questão a normatividade desse espaço. Identificar quais as ações propostas para o manejo das situações problemáticas. Registrar quais são as situações que são consideradas como problema; identificar os sujeitos envolvidos nas possíveis soluções (explorar se todos os afetados foram considerados na resolução das situações). Registrar os novos consensos estabelecidos. Registrar as situações que necessitaram de discussão para novos consensos;
- Principio U: "Toda norma válida deve poder contar com o assentimento de todos os afetados se esses participassem de um discurso prático"	Verificar se no processo de discussão há presença, mesmo que hipotética, de todos os possíveis implicados. Registrar discussões entre os profissionais de saúde: verificar a tipologia dos casos eleitos; o processo de discussão (argumentos presentes); indicação de consensos e dissensos; sujeitos presentes ou considerados (mesmos que hipoteticamente).

Partindo da organização dos discursos e registro das reuniões com base no quadro analítico apresentado, elegemos categorias empíricas e organizamos narrativas. A partir destas, passaremos a apresentar a análise e discussão de resultados.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Panorama geral dos serviços investigados

O presente estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde localizadas no Município de São Paulo e integradas à rede Nacional de Assistência às Pessoas Vivendo com HIV/aids, sob a gestão direta da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, através da Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, através do Programa Municipal de DST/AIDS, respectivamente.

Embora fazendo parte de uma mesma rede de atenção, esses dois serviços têm níveis de complexidades e responsabilidades diferenciadas entre si, mantendo em comum, o desenvolvimento de atividades assistenciais em nível ambulatorial bastante homogêneas em termos da estruturação de serviços oferecidos e população atendida.

Chamaremos, para fins desse estudo[28], de Unidade de Saúde de Referência - Sul (UR - Sul) e Serviço Ambulatorial Especializado - Leste (SAE - Leste).

[28] Objetivando preservar a identidade dos depoentes, optamos por utilizar nomes fictícios para as unidades de saúde investigadas, em que pese ter-se mantido a descrição geral de suas características.

4.1.1 A Unidade de Saúde de Referência (UR - Sul)

A Unidade de Saúde de Referência está ligado diretamente ao Programa Estadual de DST/AIDS e sua constituição fez parte da história das primeiras respostas governamentais à epidemia de HIV/AIDS no Estado de São Paulo.

Em resposta a reivindicações dos movimentos sociais ligados às pessoas afetadas pela epidemia, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, no inicio da última década de 80, começou a sistematizar ações que pudessem atender tanto as demandas assistenciais das pessoas afetadas pela nova epidemia, como de investigação e controle da doença em âmbito Estadual.

O Programa Estadual de DST/AIDS criado em 1983 tinha quatro objetivos: vigilância epidemiológica; esclarecimento à população para evitar pânico e discriminação das pessoas afetadas; garantia de atendimento aos casos diagnosticados e orientações aos profissionais de saúde (Guerra,1993). É desse período que dentro do Hospital Emilio Ribas, nasceu o Emilio Ribas II com a incumbência de dar retaguarda hospitalar e laboratorial, através do Instituto Adolfo Lutz, aos casos diagnosticados no Estados de São Paulo (Teixeira, 2003). Posteriormente, em 1988, é criada a Unidade de Referência, vinculada ao gabinete do Secretário da Saúde. Tinha como metas prioritárias atuar como instituição de referência para treinamento em tratamento e acompanhamento de pessoas vivendo com

HIV/aids, com vista à descentralização do atendimento no Estado de São Paulo, além de constituir-se como referência técnica (Kalichman, 2003).

Em que pese o papel ampliado dessa instituição no sentido da implementação da política para controle da epidemia da aids em nível Estadual, assim como no cuidado às pessoas afetadas; considerando as pretensões desse estudo, centramos nossa investigação nas atividades desenvolvidas no núcleo de assistência, que conta com uma estrutura composta atualmente por: Ambulatório para atendimento a pacientes de HIV/AIDS; Ambulatório de DST; Pronto Atendimento; Hospital Dia e Unidade Hospitalar, além da Ouvidoria implantada em 1999, conforme decreto 44.074 de 01 de julho de 1999.

Dentro do Núcleo de Assistência, nos interessou particularmente a organização e o trabalhado desenvolvido pelo Núcleo de Ambulatório voltado ao atendimento de paciente com HIV/aids, espaço de maior circulação e demanda por atendimento.

Como pudemos observar durante as atividades de campo, cada unidade assistencial, ou núcleo assistencial como é denominada, conta com equipe própria de trabalhadores que responde diretamente a uma gerência.

O Ambulatório para pacientes com HIV/aids atualmente mantêm cerca de 4.000 pacientes matriculados, além do atendimento a pacientes externos, que fazem seguimento em outras unidades especializadas (normalmente SAEs ligados ao Município de São Paulo ou grande São Paulo) e que necessitam de inter-consultas, com especialistas, como por exemplo: urologia; proctologia, dermatologia etc. Conta com um quadro de 115

trabalhadores de nível médio e universitário, que representam cerca de 18% do total de trabalhadores dessa instituição, dentre médicos infectologistas e diferentes especialidades, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros além de equipe de apoio. O Ambulatório funcionando de segunda a sexta-feira das 7:00 às 21:00 horas e está localizado no segundo piso do prédio principal.

Situado na Zona Sul da Cidade de São Paulo, no bairro de Vila Mariana, a Unidade de Referência, tem localização privilegiada em termos de acesso por meio de transporte público. A região, segundo Mapa de Vulnerabilidade Social (2005) com base em informações censitárias, é considerada como uma das regiões da cidade com baixos níveis ou nenhum nível de privação social. Embora essa seja uma característica geral do ponto de vista da sua localização, esse serviço, mantém em seguimento pacientes que residem em diferentes pontos da cidade e fora da cidade; pacientes residentes em Abrigos e que estão desempregados e/ou sem renda. Também seguem pacientes que são moradores de rua - ser morador de rua é critério de inclusão para matrícula no serviço, conforme nos informou um de nossos entrevistados.

Essas considerações são importantes na medida em que, havia uma hipótese inicial de que dada a própria polaridade das regiões onde realizamos a investigação, poderia haver alguma influência pelas características gerais da população assistida, que implicasse em diferenciar os tipos de problemas vivenciados no cotidiano da assistência, o que durante a investigação não se confirmou.

4.1.2 O Serviço Ambulatorial Especializado (SAE - Leste)

Com pouco mais de 10 anos de diferença em relação ao início das primeiras ações desenvolvidas pela Secretaria Estadual da Saúde para o controle da epidemia de HIV/aids, o Município de São Paulo inaugurou os primeiros Serviços de Assistência Ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/aids. Os Centros de Referência tinham como objetivo inicial prestar assistência ambulatorial e de Hospital Dia, regionalizada às pessoas afetadas pela epidemia mantendo-se pelo menos um serviço de referência para cada região da cidade.

Em que pese a conjuntura particular do Município de São Paulo, a implantação dessa estratégia assistencial representou a implementação de uma Política Nacional (Brasil MS, 1997), que iniciou a estruturação de uma rede de serviços descentralizados, além do incentivo a alternativas assistenciais a partir do início da última década de 90, buscando-se a obtenção da melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Havia, ainda, a necessidade de racionalização de recursos humanos e financeiros, para a implementação dessas ações. Os Serviços Ambulatoriais Especializados, que foram implantados a partir de 1994, de forma descentralizada contaram com recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde, às coordenações locais de DST e Aids. Nesse processo, os coordenadores identificavam a necessidade de implantação de Serviços, adquiriam e disponibilizavam equipamentos e veículos às instituições.

> Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu diretrizes e ações de intervenção, de responsabilidade dos diversos níveis da esfera governamental, junto à rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e através do desenvolvimento de um Programa Alternativo de Assistência (Brasil, 1997).

A organização desses serviços no Município de São Paulo ocorreu em meados de 1996, através da incorporação desse atendimento à rede de serviços já existente.

> Esses centros de referência foram formados em 1996 com trabalhadores de diversas categorias profissionais que, anteriormente, atuavam em serviços de saúde pertencentes à própria rede municipal, como unidades básicas de saúde e prontos-socorros. Em sua grande maioria, esses profissionais não tinham experiência prévia na assistência a pessoas com Aids, mas, por razões de ordem política, foram obrigados a trabalhar nesses centros, tendo que se adaptar compulsoriamente às novas tarefas [...] (Silva et al., 2002: 109).

É desse período que o Serviço Ambulatorial Especializado (SAE - Leste), na ocasião denominado como Centro de Referência para DST/aids, começa a atender nos moldes de um ambulatório especializado na atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, como resultado da reestruturação da Secretaria Municipal da Saúde, frente ao modelo assistencial da época: O Plano de Assistência à Saúde (PAS), que passou para a administração de Cooperativas toda a rede Básica de Serviços de Saúde.

A partir de 2001, a Secretaria Municipal da Saúde, novamente passa por processo de reestruturação, dessa vez, no sentido de readequar a estrutura de todos os Serviços da Rede Municipal às exigências políticas institucionais que implicavam, no entendimento dos gestores da época, retornar a área da Saúde do Município de São Paulo ao SUS.

A partir dessa nova reorganização todas as unidades ambulatoriais passaram a ser denominadas como Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), seguindo-se a classificação já apontada pelo Ministério da Saúde para essa rede e mantendo-se a denominação "Centro de Referência" para as unidades que contassem com uma oferta maior de especialistas e exames complementares, funcionando como rede de suporte e/ou referência aos SAEs. Nessa ocasião se retoma ainda os princípios que deveriam orientar a ação municipal no âmbito da assistência:

- Defesa dos Direitos Civis e Humanos;
- Respeito à diversidade;
- Construção da cidadania;
- Defesa dos Princípios do SUS (universalidade, hierarquização descentralização e participação da sociedade);
- Convênios com ONGs – Organizações não Governamentais, OSC – Organizações da sociedade civil, universidades e empresas (Souza e Menezes, 2002: 170)[29].

Atualmente o Município de São Paulo, mantém 15 serviços ambulatoriais especializados distribuídos em toda a cidade. Segundo boletim epidemiológico do Programa Municipal de DST/AIDS, esses serviços são responsáveis pelo seguimento de 17.126 pessoas vivendo com HIV/aids destes, 11.621 são casos classificados como de aids e 8.547 fazem uso de terapias anti-retrovirais (ARVs).

O SAE - Leste é responsável pelo seguimento de aproximadamente 3.000 pacientes e desses 1.004 pacientes fazem uso de medicação da

[29]Defensa de los derechos civiles y humanos; Respeto a la diversidad;Construcción de la ciudadanía; Defensa de los principios del SUS (universalidad, jerarquización, descentralización y participación de la sociedad);Convenios con ONGs-Organizaciones No Governamentales, OSC – Organizaciones de la Sociedade Civil, universidades y empresas (no original).

terapia ARV (Município de São Paulo SMS, 2005). Conta com um quadro de cerca de 75 servidores municipais entre trabalhadores de nível universitário e com ensino fundamental. A equipe médica é composta basicamente por médicos clínicos, infectologistas e pediatras treinados no seguimento de pessoas vivendo com HIV/aids contando ainda com enfermeiros, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogos e assistentes sociais. Está localizado no bairro de Itaquera, na Zona Leste da Cidade de São Paulo, em região com altos índices de violência e pobreza. Segundo registro do Mapa de Vulnerabilidade Social do Município de São Paulo (2005) com base em informações censitárias, nessa região se concentra uma população categorizada como de média privação, o que significa que apresentam condições de precariedade socioeconômica médias, com a presença de famílias adultas com rendimentos que são inferiores aos observados para o total do município. O IDH[30] médio da região é de 0,478 enquanto do município é de 0,52 e do Estado de São Paulo é de 0,850.

Essa característica geral da região está refletida na população que é seguida no Serviço de Saúde investigado que segundo declaram nossos entrevistados, atendem majoritariamente famílias com renda menor que um salário mínimo.

[30] Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH): Mede a qualidade de vida com base nos índices de longevidade educação e renda. Os valores são medidos de 0 a 1.

Quadro III: Características gerais dos depoentes:

Depoente (codinome)	Instituição	Profissão/ Especialidade	Tempo de Trabalho com aids
Marilza	SAE – Leste	Assist. Social	12 anos
Saulo	SAE - Leste	Clínico	12 anos
Maria da Penha	SAE - Leste	Clínico	12 anos
Mariana	SAE - Leste	Psicóloga	14 anos
Damares	SAE - Leste	Pediatra	13 anos
Tatiana	SAE - Leste	Enfermeira	12 anos
Jandira	SAE - Leste	Espec. Saúde	12 anos
Etiene	SAE - Leste	Infectologista	16 anos
Suzana	UR - Sul	Infectologista	18 anos
Marlene	UR - Sul	Infectologista	15 anos
Helena	UR - Sul	Psiquiatra	08 anos
Shophia	UR - Sul	Psicóloga	19 anos
Filomena	UR - Sul	Psicóloga	17 anos
Marcela	UR - Sul	Recepcionista	06 anos
Joana	UR - Sul	Assist. Social	20 anos
Regina	UR - Sul	Infectologista	12 anos
Beatriz	UR - Sul	Assist. Social	01 ano

4.2 Apresentando o processo da análise

Já tendo apresentado o contexto mais geral das unidades de saúde onde ocorreu a investigação, a partir daqui faremos uma apresentação dos resultados partindo do relato dos nossos entrevistados, tomando os discursos individuais como textos que interpretamos à luz dos referenciais ora assumidos.

Nossa análise baseou-se, inicialmente, na discussão acerca dos valores que orientaram as escolhas profissionais. Essa primeira aproximação pretendeu demarcar os contextos gerais ligados aos sentidos atribuídos pelos agentes ao “trabalho na saúde” e deste em relação ao “trabalho com aids”. A partir daí, percorremos os sentidos atribuídos à história de configuração dos serviços, seus desafios iniciais, até a identificação dos principais problemas vivenciados cotidianamente e suas formas de enfrentamento.

Fizemos um esforço de registro e compreensão dos contextos intersubjetivos que perpassaram a normatividade e que, de certa forma integram parte da história dos últimos 20 anos da constituição do Sistema Único de Saúde e do enfrentamento da epidemia do HIV/aids em nosso País.

Pretendemos demarcar, inicialmente, a existência de um “mundo objetivo comum”, racionalmente partilhado que é pano de fundo das certezas não problemáticas, como base na qual os profissionais primeiramente apoiaram seus julgamentos, pautados no que foi considerado bom e justo para a ação proposta ou realizada frente às situações difíceis problemáticas vivênciadas.

> Os sujeitos providos da capacidade de falar e agir não são capazes de se dirigir a “algo no interior do mundo” (intramundano), a não ser a partir do horizonte de seu respectivo mundo da vida. Não existem relações com o mundo totalmente isentas de contexto. Heidegger e Wittgenstein demonstraram, cada um a seu modo, que a consciência transcendental de objetos alimenta-se de falsas abstrações. As práticas lingüísticas e os contexto do mundo da vida, nos quais os sujeitos socializados se encontram, “desde sempre”, franqueiam o mundo na perspectiva de

> costumes e tradições fundadoras de sentido (Habermas, 2007: 44, 45).

Buscamos registrar os argumentos que demarcaram, diante das situações consideradas problemáticas, a "ética discursiva", lembrando que em tudo que se diz há um "pano de fundo ético". Estamos partindo do entendimento de que o movimento dos atores por "novos consensos", só se tornou necessário onde houve "suficiente conflito" capaz de justificar o próprio movimento ou seu empenho para novos entendimentos entre si.

Embora possa haver diferenças entre as trajetórias particulares dos trabalhadores, a partir da discussão dos valores que orientaram as escolhas profissionais, pudemos observar que esses trabalhadores pertencem a uma "dada tradição" que valoriza a ação no campo da saúde como capaz de promoção de ideários ligados à Boa Vida. Esse ideário esteve solidariamente inserido e fez parte da construção das respostas institucionais no que refere ao "modelo" assistencial para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids.

Anterior à própria questão da aids esses trabalhadores também pertencem a uma geração formada na última década de 80 e que, portanto, não esteve isenta do contexto político e social vivenciado naqueles anos, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (lei 8080/90), demarcando os princípios mais gerais para a área da saúde. Nossa impressão é que esse fato, não passou despercebido por nossos agentes, e tem informado ativamente as ações, quanto ao que é dever, desejável, indispensável e ideal para o fazer profissional na área da saúde.

Essa “base” comum dá a esses trabalhadores uma proximidade de concepções acerca do que seja o “bom e o justo”, independentemente dos seus locais de trabalho (SAE ou UR). Esse “bom e justo” esteve expresso no que valorizam como desejável para a assistência, em suas inquietações, nos tipos de problemas identificados e vivenciados por esses no cotidiano da assistência a pessoas vivendo com HIV/ aids.

A partir daí, já teremos condições de demarcar quais são os conflitos presentes nessa ação e que envolvem concepções de deveres, com pretensões de reconhecimento e validação por pares e por sujeitos assistidos. Desta forma, as situações apresentadas como problemas vivenciados no contexto assistencial serão apresentadas através do registro dos principais argumentos, percorrendo-se ai os planos de validade discursiva e, ainda, aproximando-nos das soluções encontradas ou sugeridas por esses trabalhadores. As soluções serão problematizadas considerando as indicações da ética discursiva, sobretudo, no que se refere à inclusão, mesmo que hipotética ou potencialmente de todos os sujeitos que estiveram submetidos a proposta e, ainda as indicações da Bioética prática, como apresentada nas proposições de Gracia (2005).

4.3 O contexto social e político dos anos 80: horizontes éticos e político para a saúde.

Nossos interlocutores, em sua maioria, fizeram suas formações profissionais durante o final dos anos 70 e durante a década de 80[31]. O fato de nossos entrevistados serem pessoas pertencentes a essa geração ocorreu, principalmente na Unidade de Saúde ligada ao Município de São Paulo, pelas dificuldades institucionais de repor trabalhadores ou contratar novos, como afirma uma de nossas entrevistadas:

> *"Um grande número de funcionários está na beira de se aposentar. Nos próximos sete anos, não teremos mais nenhum funcionário lá, porque todos os funcionários se aposentam. Tirando dois ou três, o Dr.(fulano) que tem trinta e poucos anos, o restante...A grande massa entrou...Porque nunca mais teve concurso, eu não sei quando você fez, mas é da década de 80, a grande maioria de nós. Pessoal da enfermagem, toda, nunca mais teve gente jovem. Tem uns dois ATAS (auxiliares administrativos) que são jovenzinhos de vinte e poucos anos, o restante tudo 40, 50 60..." (Marilza[32])*

Do ponto de vista do contexto mais geral, a última década de 80 foi período marcado pelo o processo da abertura política do País e a emergência dos movimentos sociais. Embora os discursos dos nossos entrevistados não tenham apontado de forma homogênea e nem sempre direta, principalmente entre os trabalhadores do SAE-Leste, há o registro de que as escolhas profissionais estiveram bastante influenciadas por contextos políticos:

[31] Apenas dois dos entrevistados da UR-Sul, fizeram suas formações profissionais na última década de 90.
[32] Todos os nomes utilizados para os excertos são fictícios, preservando-se o anonimato dos entrevistados.

"[...] Eu me formei em 1982, fiz Serviço Social, acho que porque sou de uma família de esquerda, minha mãe foi sempre militante de movimento de saúde. A minha mãe teve um papel na Igreja muito grande na época da repressão... E eu amava o que ela fazia, então eu acho que a influência foi isso. Eu achei que eu queria seguir esse caminho" (Marilza)

(psicóloga formada em 1980) "Eu acho que a escolha profissional tem haver com o meu perfil de militante do movimento social. Então, eu comecei a militância no movimento social muito novinha, então eu acho que eu só faria alguma coisa que teria haver com essa coisa de... Mais de grupo, mais de comunidade... Então eu acho [...] que na saúde me dá essa possibilidade do meu compromisso mesmo social, como cidadã, como pessoa, numa profissão. Eu acho que eu nem iria conseguir me ver trabalhando dentro de uma empresa, trabalhando com psicologia organizacional, psicologia do trabalho [...]" (Mariana)

(Médico formado em 1980) "[...] Eu era de um movimento da igreja do Concilio do Vaticano segundo, do João Paulo II, do Dom Hélder Câmara no Brasil, da Teologia da Libertação da esquerda atuante e tal. Então era esse tipo de coisa que a gente esperava que era melhorar a qualidade de vida das pessoas. Acabei entrando na USP mesmo. Porque qualquer outra Faculdade eu não teria conseguido fazer, por não ter condições de pagar faculdade mesmo. E na Faculdade, foi uma coisa assim, durante os seis anos de Faculdade várias vezes foi me oferecido [...] algumas outras oportunidades de partir para o ramo mais acadêmico de pesquisa numa área ou noutra. [...] um professor me convidava para uma coisa ou outra e eu acabava sempre achando que não era mesmo por ai sabe. Até às vezes eram matérias que me interessavam, mas que não tinha assim o contato humano [...] Minha ligação mesmo era com o atendimento [...]. E ai eu acabei entrando no serviço público da Prefeitura num momento que era um momento que eu tinha ligações também com o governo que estava no momento que era da Erundina." (Saulo)

Vale registrar que, em especial a Zona Leste da Cidade de São Paulo[33], foi uma região onde os movimentos sociais ligados à saúde mais se destacaram e, em parte, contribuíram para a formação de ideários defendidos de forma implícita, também por esses trabalhadores. A luta por melhores condições de vida e de saúde com garantia de acesso aos serviços, e a defesa do controle social estivem fortemente presentes nas pautas de reivindicação desses movimentos.

Embora essa seja uma particularidade do contexto onde estão colocados os trabalhadores do SAE-Leste, também no discurso dos

[33] (**Marcelo Hailer - jornalista)** O Movimento se iniciou lá nos confins da zona leste, em Itaquera (Jardim Nordeste), Artur Alvim, São Mateus, enfim, regiões que, se ainda hoje são muito carentes, imagine-se no fim da década de 70. Eram ruas de terra, saneamento básico inexistente, sem telefones públicos, denotando uma ausência do Estado por completo. É nesse contexto que mulheres donas de casa, a maioria vinda do norte e nordeste do Brasil, se uniram para dar início a um movimento que nem elas imaginavam aonde iria chegar. A realidade vivida por estas mulheres era arrasadora. Vivam na periferia da cidade de São Paulo, sofriam com a falta de posto de saúde, de escolas, de linhas de ônibus, de vacinas, etc. Tal situação gerava uma altíssima taxa de mortalidade infantil, devido a doenças como diarréia, sarampo e outras. Isso por volta de 1976. Então começou a primeira luta delas, que era pela conquista das vacinas e posteriormente de um posto de saúde na região de São Mateus. Na época, o governador de São Paulo era Paulo Maluf e o secretário de saúde Adib Jatene. Oito mulheres da liderança fizeram seis viagens até a Secretaria da Saúde, a fim de conversar com o secretário.Na última viagem, depois de maus-tratos por parte da Policia Militar, foram finalmente recebidas. Em conversa com o secretário souberam que o governador tinha fechado os ambulatórios populares, onde se produziam as tais vacinas, porém, Adib Jatene prometeu falar com o governador e as mandou voltarem após quinze dias. Passado o tempo combinado, estas mulheres obtêm a primeira vitória do movimento. O governador iria mandar as vacinas e reativar os ambulatórios populares. Daí pra frente as conquistas continuaram, e uma que orgulha as militantes do movimento de saúde é a conquista do primeiro posto de saúde no bairro Jardim Nordeste, no ano de 1979, localizado na Avenida Águia de Haia. Justelita, que participou desta conquista, enfatiza: "quem quiser ver a prova tá lá, tem a placa do governo e em baixo tem a nossa, escrito assim, 'Este posto de saúde foi conquistado pelos moradores', isso nós colocamos, tá lá a prova". O próximo passo seria a conquista dos Conselhos Populares e Gestores de Saúde, hoje obrigatórios por lei em todos os bairros da cidade. Estes conselhos são formados por moradores, apesar de atualmente estarem em grande parte cooptados por forças e interesses políticos. De todo modo representam uma conquista popular. Justelita salienta a conquista, "tem muita gente que pensa que foi o governo que fez, mas fomos nós, o povo, que conquistamos os postos de saúde e os conselhos populares". Essa importante conquista resultou da aprovação oficial do Estatuto do Movimento de Saúde; na época o secretário de saúde já era outro, João Yunes. Como contou Justelita, a zona leste toda se envolveu: foram reunidos cerca de sessenta ônibus, que desembarcaram quase três mil pessoas no estacionamento da Secretaria de Saúde. Com tanta pressão, não tinha como negar a reivindicação: o Estatuto do Movimento foi publicado no *Diário Oficial*.– **Revista Caros Amigos** Ano XII Número 136 Julho 2008.

trabalhadores da UR-Sul, puderam ser registradas escolhas profissionais apoiadas em ideários libertários:

> *(Psicóloga formada em 1983) "A escolha profissional, é porque na época eu já era casada quando eu optei assim por continuar os estudos. Então eu tinha uma filha e eu vinha de uma trajetória no interior que era de participação política e uma coisa que me intrigava na época da participação política era que as pessoas lutavam pela liberdade e enfim as pessoas eram muito autoritárias. Então eu fiquei pensando no que na minha formação poderia assim, fazer sentido, refletir sobre essa questão. Tudo para todos, e ao mesmo tempo algumas pessoas eram mais donas de algumas coisas. Então uma opção, eu acho, natural para continuar meus estudos seria a sociologia porque estava dentro do universo que me interessava dentro da esfera política. Depois fiquei em dúvida e achei que podia ser isso. Depois eu pensei no Serviço Social, que também podia dar uma resposta em relação a participação a estar próximo das pessoas. Depois, é, na verdade é, eu tentei ler, para tentar definir na verdade o que eu iria estudar, porque eu achava que era uma coisa séria. Eu sempre achei [...] mas eu sabia que pelo menos na minha situação é, fazer universidade era um compromisso social. Então eu pensava que tinha que fazer uma escolha certa, séria e responsável. Ai eu optei por psicologia [...] Eu acho que era uma coisa que abria muito, que acho que tem haver comigo, de abrir muito. Abrindo muito as reflexões e achei que era o que daria certo, que talvez respondesse a minha questão.[...], aquela questão original da militância política." (Filomena)*

> *(Assistente Social formada em 1997) "Eu escolhi serviço social mesmo, por entender que era uma profissão que me permitiria, fazer profissionalmente coisas que eu acreditava do ponto de vista pessoal até. É de ver muita coisa errada, muita injustiça social, e entender que você poderia atuar junto a essa demanda de uma forma é profissional. Você unir uma coisa que eu acreditava do ponto de vista pessoal com uma coisa profissional. E foi assim que eu escolhi fazer serviço social, e desde o dia que eu escolhi até hoje eu não me arrependi por nenhum minuto assim. Eu amo a minha profissão, eu gosto muito, enfim..." (Beatriz)*

> *(médica infectologista formada em 1977) (Ao responder sobre suas expectativas em relação a escolha de medicina) "Não tinha muita maturidade na época e não tinha grandes expectativas [...]. Eu acho que tinha uma coisa assim; eu acho que tinha, por exemplo, hoje vejo, tanto pelas escolhas que eu fiz depois com mais amadurecimento, eu acho que tinha uma expectativa mais generosa, mais humanitária do que mercantil; isto eu tenho certeza. Tanto que daí, eu fui seguindo a minha vida nessa linha. Acabei fazendo Saúde Pública; acabei trabalhando sempre no Serviço Público, nunca trabalhei em serviço privado. Acabei me engajando no movimento Renovação dos Médicos, que pretendia discutir a questão da Medicina Mercantilista e acreditava no*

> *Serviço Público. No serviço público como um local que você poderia fazer uma Medicina de boa qualidade que não tivesse a intermediação de lucro e que pudesse resolver o problema de saúde da população. Eu acreditava nisso, tanto que eu fui me dirigir para Saúde Pública."(Marlene)*

Atores sociais ligados à área da saúde somaram-se a esse movimento por dentro das instituições que refletiam ou formavam trabalhadores para a saúde, como as universidades e as organizações dos trabalhadores da área, sindicatos e associações. Seus protagonistas se engajaram na luta pela democratização e na década de 70, fundaram o Movimento de Reforma Sanitária, que trouxe toda uma nova tradição para o campo da saúde, onde se apontava como necessário o engajamento político dos profissionais do setor na luta pela democratização. Instituições como os Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade São Paulo; da Universidade de Campinas e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, eram locais em que:

> [...] se abriram brechas para a entrada do novo pensamento sobre a saúde, lançado pelo movimento da reforma sanitária. Essa mudança começou no final dos anos 60 e início dos 70 – o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina (Fiocruz, 2008).

Nessa perspectiva, se propunha uma reflexão para o setor que questionava a concentração de saberes exclusivamente apoiados nas ciências biológicas e na maneira com as doenças eram transmitidas. Há a incorporação de referenciais das ciências sociais e a aproximação às teorias marxistas. No Brasil, duas grandes teses demarcam essa passagem da "medicina" para a "teoria social da medicina": *O Dilema Preventivista de*

Sergio Arouca e Medicina e Sociedade de Cecília Donnangelo[34], ambas divulgadas em 1975. Pode-se dizer que foi fundada a partir daí, uma teoria médico - social, que propunha uma análise ampliada da situação de saúde dos indivíduos e populações, partindo de contextos sociais e políticos, tradição essa que já encontrava expoentes na América Latina[35].

Em linhas bem gerais, o resultado de toda essa movimentação foi registrado e consubstanciado no documento denominado *Saúde e Democracia* apresentado por Sérgio Arouca na 8ª. Conferência Nacional de Saúde que reuniu pela primeira vez, mais de quatro mil participantes dos quais 50% eram usuários. É desse documento histórico que foi baseado todo o ideário do Sistema Único de Saúde, oficializado na Constituição Federal de 1988.

O Sistema Único de Saúde está organizado em torno de três diretrizes básicas: a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade (Mattos, 2001). Ainda registra esse autor que a característica primordialmente desse Sistema é seu financiamento público. Embora esse fato seja determinante

[34] Maria Cecília Ferro Donnangelo defendeu sua tese de doutorado em 1973, publicada em 1975: *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, 1975 – Ed. Pioneira. (Brasil MS,2004; Nunes,2008)

[35].Na América Latina, a partir da década de 50, a Organização Pan-Americana de Saúde patrocinou a realização de seminários sobre o Ensino de Medicina Preventiva (Chile, 1955 e México, 1956) que contaram com a participação de representantes das escolas médicas de diversos os países e foram fundamentais para a difusão das idéias do movimento preventivista na região. As conclusões básicas desses seminários foram que, a partir da constituição dos Departamentos de Medicina Preventiva, estes deveriam: [...] promover uma mudança ao nível da escola médica, promovendo um sistema de integração curricular aliado a uma mudança de atitudes dos docentes e, ainda, deveriam inaugurar um novo sistema de relações com os órgãos de saúde, oficiais ou não, e o ambiente acadêmico. Todo este conjunto complexo de transformações deveria produzir um novo tipo de médico que, por suas características, promoveria uma mudança da qualidade da atenção médica e, por conseguinte, uma melhoria das condições de saúde da população. (Torres, 2002 apud Arouca, 1975: 120).

para a reorganização do Sistema de Saúde do País, nos chama atenção sua tradução em um certo conjunto de valores, que integram o pensar e fazer em saúde. A partir dessa política pública estabeleceu-se, por assim dizer, um certo horizonte ético (pelo menos no discurso dos trabalhadores ligados ao setor público), expressando uma normatividade geral onde são apoiadas as ações. Princípios como, por exemplo, apresentados nas noções de *integralidade* (ainda que possam ter diferentes sentidos), da *universalidade,* consubstanciam valores que fazem parte do escopo de expectativas de nossos agentes com vistas a um fazer profissional, em consonância com o reconhecimento da necessária mudança no quadro social e político do País.

> *"É claro que, e às vezes, fico me questionando [...], quando falam: "A aids trouxe isto, a aids aquilo, porque depois da aids passou-se a ver as pessoas de uma modo mais holístico, uma visão mais integrada do indivíduo". Não. Eu acho que na verdade, eu me lembro, eu vim de uma Escola [...], Que buscava integrar o conhecimento e ter um médico que fosse generalista. Então quando eu passava, por exemplo, na oftalmologista eu não passava para aprender as coisas super ultra hiper raras, que era a síndrome não sei das quantas... Eu podia saber que elas existiam, mas eu passava, e tinha que aprender a olhar fundo de olho porque eu era clínica eu precisa olhar fundo de olho, saber olhar um fundo de olho, precisava saber tratar uma conjuntivite, saber tirar um corpo estranho de um olho se não como é que fica, entendeu [...] E eu acho que acabei tendo essa formação um pouco mais ampla [...] A gente tinha aula sobre... de psicologia, a gente conhecia os modelos comportamentalistas, a gente tinha aula de todas as coisas. Por quê? Porque na nossa visão, quando eu me formei a gente tinha que olhar o indivíduo do jeito que hoje a gente tem que olhar, que a aids trouxe essa visão diferente, [...], só que ela existe, ela está fundamentada, ela é antiga [...]" (Marlene)*

Talvez de uma forma indireta, o que nossa entrevistada nos informou, a partir de sua percepção do que é valorizado na atenção à aids, é que esses ideais, que denominou de *holísticos,* seguramente não foram inaugurados pela atenção à aids. Podemos ousar dizer que fizeram parte

dos ideários assumidos pelo movimento de Reforma Sanitária, bem anterior à constituição dos serviços voltados à atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. Mas é importante que seja dito, que a configuração desses serviços, concomitante à consolidação de uma nova política que reorganiza o Sistema de Saúde, também corroborou para a formação de uma "certa cultura" com ideários muito próximos e solidários ao movimento de luta contra a aids também da década de 80.

Se houve reconhecimento de uma parte dos nossos entrevistados em relação ao apoio de suas escolhas profissionais tendo como horizontes compromissos políticos e ideais que podem ser nomeados como de justiça social, houve também aqueles que reconhecem em suas escolhas uma influência das relações privadas como familiares e amigos. Nessa perspectiva apontam uma identificação, de ordem pessoal, com as características do fazer profissional em saúde, onde o que fez diferença foi o reconhecimento pelo gosto e habilidade no trato com pessoas, assim como, o desejo em fazer, profissionalmente, alguma coisa que amenizasse sofrimentos ou que ajudasse pessoas:

> *(Psicóloga formada em 1984) "Eu me preocupava muito com o sofrimento das pessoas, e com o meu próprio sofrimento. Porque eu já era uma adolescente que percebia que tinha alguma coisa comigo assim, que me fazia sofrer, digamos assim (risos) uma dose a mais, do que é da condição de uma existência assim tranqüila normal. Eu poderia ser uma adolescente problemática difícil, porém eu percebia, eu tinha consciência, enfim convivia com outras pessoas da família; minhas primas e tal, e percebia que havia algo de errado comigo. Então, sempre essas escolhas, claro que elas tem um pesinho em alguma coisa pessoal assim, mas também porque eu era uma pessoa que ouvia muito as outras pessoas. Eu era... As minhas amigas, sempre me procuravam e falavam: "É tão bom conversar com você". Eu tinha uma disponibilidade muito grande para estar ouvindo, na época era para ser conselheira uma coisa assim é... E foi isso. [...] quando eu estudava lá no segundo grau, eu tive psicologia [...]e*

> *eu fiquei absolutamente encantada. Quer dizer, algumas noções da teoria psicanalítica muito de leve, da coisa da psicologia. E eu achei muito curioso que tivesse uma área que estudasse o comportamento humano. Estudo do comportamento humano [...], e já de cara fui me identifiquei: "Bom é isso que eu vou fazer quando eu for para a faculdade". E foi uma escolha certa [...] E eu sempre me identifiquei, gosto, adoro o meu trabalho!" (Sophia)*

> *(Enfermeira formada em 1986) "[...] Quando adolescente a minha idéia era ser dentista, eu achava que era melhor profissão do mundo... Só que as coisas foram acontecendo e não consegui realizar o sonho... e cuidar de pessoas era o meu objetivo. (L – Por que você queria cuidar de gente?) Porque, porque o retorno é muito grande! Hoje eu vejo a recompensa. Conversando com outras pessoas... Eu não gosto de máquinas! [...] Então eu achava horrível trabalhar com computador, então, eu achei que pessoas era uma coisa mais interessante né! Que teria um retorno melhor..."(Tatiana)*

> *(Médica formada em 1980) "Ai o pai adoeceu. Ele morreu quando eu tinha 11 anos de idade. Meu pai morreu de câncer, numa época que câncer não tinha nenhuma perspectiva de tratamento. Câncer era uma coisa complicada em 1965, 66. E... acho que foi por ai que optei por medicina na verdade, uma função que talvez é... entrar por esse lado pra ver se conseguia fazer alguma coisa nessa..." (Maria da Penha)*

> *(Médica formada em 1997) "É minha irmã é médica também, ela tem dez anos de diferença, mais velha. Eu acredito assim, ela chegava empolgada em casa mostrando os livros. Isso foi, eu tinha uns sete anos quando ela começou a estudar medicina. Então é... Eu acredito que isso tenha crescido dentro de mim, mais assim, essa vontade de ser médica. De uma certa forma a gente sempre tem aquela visão de que vai ajudar todo mundo. De que vai poder solucionar problemas enfim..." (Helena)*

As motivações desses profissionais, assim apresentadas, parecem corresponder mais ativamente ao ideário de solidariedade, que se justificavam no reconhecimento do sofrimento humano e na vontade de intervir sobre esse (e no seu próprio); assumindo-se relações de responsabilidades para com interesses comuns e, de certo modo, reconhecendo laços ou vínculos de reciprocidade.

Não temos dúvidas de que valores como **justiça social e solidariedade**, mesmo naqueles discursos que destacaram o reconhecimento de habilidades pessoais ou justificativas ligadas a corresponder às expectativas da rede social próxima (amigos e família), mesmo esses, reconhecem na opção por uma carreira que implicava em trabalhar com o cuidado da saúde de pessoas, uma escolha de perspectiva generosa. Isso se justifica por um querer (implícito ou explicito) contribuir com um "Bem" comum, inicialmente pouco consubstanciado. No decorrer das histórias pessoais do exercício profissional, foram se explicitando alguns compromissos morais como, por exemplo, a necessidade de trabalhar para inclusão nos serviços das pessoas reconhecidamente mais excluídos socialmente; o reconhecimento da necessidade de considerar no desenvolvimento das ações o sofrimento das pessoas afetadas pela epidemia, para além de suas manifestações clínicas dentre outras percepções, ideários da Justiça Social e Solidariedade.

Os sentidos práticos desses valores, sua influência para a configuração do fazer profissional ficará mais claro a partir dos próximos capítulos, onde examinaremos a inserção desses trabalhadores nos serviços especializados e a configuração desse trabalho diante dos desafios da epidemia.

4.4 O Movimento Social e o discurso dos Direitos Humanos: novos e velhos desafios na atenção à aids

Reconhecemos que os valores que orientaram as escolhas profissionais foram de Justiça Social e Solidariedade, valores esses que

encontram ressonância nos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Quando dirigimos nosso olhar para a resposta social construída a partir da pandemia do HIV/aids, esses valores, que destacamos, encontram ainda mais apoio no discurso dos Direitos Humanos, referencial primeiro do Movimento Social para enfrentamento da aids[36]:

> Por sua forte reação social e pela própria dinâmica da infecção, adotou-se em nível internacional a linguagem dos direitos humanos, quer seja para garantir a dignidade humana contra ações arbitrárias do Estado e de indivíduos, quer seja em razão do entendimento dos especialistas em saúde pública de que a vulnerabilidade ao adoecimento vai muito além da dimensão biológica, refletindo gravemente a situação de desequilíbrio estrutural que vivemos. Assim a idéia de que a promoção e proteção dos direitos humanos firmou-se em definitivo (Ventura, 2003: 110)

Especialmente nas Cidades de São Paulo e Rio de Janeiro registra-se a emergência de Organizações Sociais não Governamentais, que dentre outras questões relacionadas ao estigma e discriminação sofridos pelas pessoas afetadas, exigem a criação de respostas institucionais a serem promovidas pelo governo, conforme Garcia (2007):

> Esse cenário tão complexo e assustador gerou, na década de 80, uma resposta social absolutamente inovadora, através do surgimento das Ongs/Aids (organizações não governamentais) formadas por pessoas atingidas direta ou indiretamente pela doença, por ativistas políticos e profissionais de saúde que tinham duplo objetivo: fornecer uma resposta ao preconceito e à discriminação e, ao mesmo tempo, influenciar, ativa e determinantemente, as políticas públicas de prevenção e assistência ao HIV/Aids, papéis

[36] Diversamente do movimento de mulheres e do movimento negro, o movimento de pessoas vivendo com HIV/Aids é muito novo. Inicia-se em 1982, com a detecção do primeiro caso no país, e a articulação de cientistas sociais, profissionais de saúde, da mídia, militantes gays, artistas e outros, visando alertar o setor governamental e a população em geral sobre a gravidade da epidemia que se anunciava (Ventura, 2003, p.109).

> que exercem até hoje. Assim, em 1985 é fundado o GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção em Aids) em São Paulo, em 1986, a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) e em 1989 o Grupo Pela Vidda (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade de doentes de Aids) ambos no Rio de Janeiro, só para citar alguns exemplos. Aliada à vontade política de alguns profissionais da saúde, esse movimento foi fundamental para a implementação da política pública para aids em São Paulo. Origina-se assim, o primeiro Programa de Aids do país em 1983[37].

Como já registramos anteriormente, o Programa de Aids existe no Estado de São Paulo desde 1983 e foi o primeiro no Brasil e na América Latina. O desafio da Secretaria de Saúde, na ocasião, era de produzir respostas urgentes para a epidemia que se alastrava rapidamente no Estado de São Paulo. O Programa de Aids nasce com a missão de dar suporte para capacitar a rede do SUS do Estado de São Paulo para ações de prevenção, vigilância e assistência (Teixeira, 2005).

A resposta institucional construída a partir da aids, que é apoiada no movimento social (Parker, 2005), implicou em revestir essa ação de compromissos próprios e solidários a causas dos grupos diretamente afetados. Se por um lado esse fato foi e é de fundamental importância para o que hoje é reconhecido como a resposta brasileira à aids, por outro lado parece-nos necessário, lembrar que, ao fazerem parte de uma mesma sociedade, esses grupos sociais, sem prejuízo da força da especificidade de suas causas, não podem se isolar das causas mais gerais, sejam essas ligadas à saúde, ou as discussões frente a questões como da exclusão social. Isso implica o desafio de não se perder de vista as especificidades que envolvem os direitos das pessoas afetadas pela epidemia, sobretudo

[37] Garcia SP. Profissionais e pacientes: a intersubjetividade na aids. I Simpósio Estadual de Saúde Mental em HIV/AIDS [Palestra apresentada em 26-out-2007 – São Paulo]. Mimeo, 2007.

resistindo àquilo que as torna “menos cidadãos”, mas também de não se reduzirem a elas, uma vez que, se estamos apoiados na perspectiva dos direitos, defendendo-se princípios com o da cidadania, não são ações de um só homem ou de um grupo só que podem modificar radicalmente a situação. Estão implicadas aí relações sociais e práticas sociais essencialmente conectadas, envolvendo obrigações de uns para com outros.

4.4.1 A resposta brasileira à aids traduzida nos Serviços de Saúde Especializados

De qualquer modo, essa característica da resposta brasileira apoiada no movimento social, parece radicalizar compromissos políticos impostos aos Serviços de Saúde (e seus trabalhadores), que são especialmente fundados para responder a demandas das pessoas vivendo com HIV/aids. Esses compromissos são consubstanciados principalmente no reconhecimento das dificuldades apontadas pelos trabalhadores em promover ações com vistas a mitigar questões como, por exemplo, da morte anunciada (dos primeiros anos da epidemia), da exclusão social, dentre outras, e no reconhecimento da necessidade de ampliar a abordagem para além das fronteiras do tratar a doença:

> *“Acho que se confirmava na prática, na nossa vivência, enquanto trabalhador dessa área a questão da morte civil, da morte anunciada, da perda dos direitos. Então teve essas, quer dizer de estar em contato com a emergência de vários fatores que perpassam o acompanhamento que a gente faz. [...]. Então a questão da angústia, a angústia ligada então a questão da morte das perdas todas, do ponto de vista material, do ponto de vista das necessidades individuais das pessoas, sempre foi presente desde o começo da epidemia. Enfim...[...] foi uma coisa que para mim pessoalmente também sempre está presente. Como lidar com a*

> *angústia diante de algumas situações que são limites, do ponto de vista existencial do ponto de vista dos recursos materiais que muitas vezes não existem. O paciente pode precisar de uma Casa de Apoio, por exemplo, e não ter esse recurso. Pode precisar de uma atenção diferenciada, no sentido de... assim, de ser mais cuidado mesmo, porque coloca questões que a gente não está preparado na prática, como equipe, não recebeu um treino." (Filomena).*

Mas para dar conta desse "preparo", os trabalhadores tiveram que fazer outros investimentos no que se refere ao que, de certa forma, reconheciam como "próprio" do fazer em saúde ou do trabalho em saúde como até então conheciam ou eram formados:

> *"Tem que fazer o curso de medicina de novo, a verdade foi essa. Com uma diferença: com grande apoio dos colegas [...], foi o pessoal que estava na área de atendimento, um ensinando para o outro, com o UR-Sul dando treinamento clínico. Foi muito bom, [...],. Aids é uma área que não tem monotonia. Cada dia é uma situação diferente, cada dia as pessoas inventam uma forma diferente de se apresentar na unidade [...] é o seguinte eu acho que cada caso é sempre um caso, em qualquer área, mas a aids por ser uma patologia generalizante no organismo [...] não só patologicamente falando do vírus, mas também pelas situações psicológicas que... situacionais que ele passa. Então aqui é... E pela pauperização da epidemia e pela feminilização da epidemia, eu acho que acaba tendo muito o que fazer pelas pessoas, entendeu, muito o que explicar [...]. Então é uma roda viva mesmo..." (Maria da Penha)*

Tomando trabalho em saúde como ação social, deve-se ter claro que essa é imediatamente ação dependente de interações entre os sujeitos e que, em seu potencial comunicativo, pode apontar para "produtos" pactuados nas relações intersubjetivas. Essa afirmação não quer dizer que deixamos de considerar o trabalho como ação produtiva dentro de uma racionalidade teleológica e instrumental, ou seja, como ação voltada a interferir na realidade com determinados fins. O que aqui estamos destacando é que a perspectiva interacional imediatamente afeta ao trabalho em saúde, implica em movimento de reconhecimento de todo um contexto social que envolve essa ação.

Desta forma, partindo das interações desse trabalho e suas implicações para as finalidades esperadas, pareceu aos nossos agentes que seria necessária uma reformulação das práticas assistenciais, acrescentando às finalidades do trabalho compromissos com causas e bandeiras do movimento da resposta social à aids, por um lado, e por outro lado, reconhecendo compromissos com ideários da saúde que destacam a necessidade de "formação" técnica para o controle da doença.

4.5 Profissionais de Saúde e a atenção às pessoas vivendo com HIV/aids: o que há de novo nesse trabalho?

Os profissionais que primeiramente integraram o Serviço de Saúde que começou a produzir respostas assistenciais às pessoas afetadas pela epidemia foram os trabalhadores da atual UR-Sul:

> *(Entrevistada conta que uma usuária do serviço onde atuava anteriormente a chegada ao UR-Sul, levou a informação) "Oh, lá na Secretaria da Saúde, lá na Dr. Arnaldo estão contratando um pessoal pra trabalhar com aids não sei o quê! Eu nunca nem tinha ouvido, isso era em final de 87, eu comecei a trabalhar aqui em 88 né! E tinha uma pediatra lá, a Dra. E, ela falou: - Não, não pega, não tem problema o contato é assim... e me deu toda uma orientação e eu falei: - Ai meu Deus! Acho que eu vou encarar [...]. Nesse tempo, funcionava [...] lá no Emilio Ribas, era um amontoado de gente, o pessoal chamava assim de Paiol, porque naquele tempo estava começando a aids. Eles chamavam o Paiol aquilo ali e cederam aquele espaço, uma meia dúzia de médicos mesmo, que foram assim, muito heróis mesmo! Heróis! e alguns enfermeiros, eu assistente social, e mais algumas pessoas, fomos pra lá e começamos a trabalhar [...] e aí o governo, na época, o Quércia ele deu um prédio na rua Antonio Carlos para a gente, alugado, nos ficamos lá [...]" (Joana)*

O medo inicial, justificado pela ausência de informações adequadas sobre a doença, fazia parte do contexto dos primeiros anos do programa, assim como, o que nossa entrevistada chamou do "heroísmo" de alguns

poucos profissionais que, na época, conviviam com limitações de recursos técnicos e tecnológicos. Não havia medicações potentes[38] para as intervenções diante de pacientes com doenças oportunistas graves, por exemplo. Além disso, havia toda uma situação social de preconceito e discriminação, que trazia impactos para o cuidado:

> *"[...]Fiz dois anos de clinica médica e um ano de UTI. E quando eu estava fazendo UTI, lá em [...], eu vi um caso de Sarcoma de Kaposi, que internou lá. E um paciente que estava... Desses que a gente não vê há muito tempo. Paciente extremamente caquético. Ele era bem branquinho e o Sarcoma disseminado, aquela coisa violenta pelo corpo ele estava com dificuldade respiratória. Era um quadro bem grave. Ele morreu inclusive. [...]. E acho que ele foi o primeiro ou um dos primeiros casos na minha cidade. Era uma pessoa diferenciada. Morava nos Estados Unidos [...] Ele não tinha pegado aids no Brasil, nós não tínhamos tantos casos naquela época. E ele tinha voltado para o pais justamente por ter... Era a fase da peste gay que ele viveu lá nos Estados Unidos, e ele foi praticamente expulso do país e numa situação de muito abandono. Tanto é que quando ele voltou para procurar algum conforto, alguma coisa na sua cidade, encontrou a mesma coisa. Foi um quadro muito, muito... triste mesmo. Eu fiquei muito perturbada com aquilo. É... ninguém tinha uma resposta para ele, para aliviar o sofrimento dele e nem... Eu lembro dele deitado na cama, ele segurando a minha mão, falando: me ajuda. Mas o que eu posso fazer? E eu ficava assim, mas o que pode fazer por ele? O que pode fazer por essa pessoa? Todo mundo de mascara de gorro, todo mundo com medo. Algumas pessoas nem sabiam que era aids. Outros sabiam, então você via gente toda paramentada e gente sem paramento nenhum. Aquelas coisas de sempre. E ai eu fiquei pensando [...] Como é possível uma doença que ninguém possa fazer nada pelo cidadão? Ai, eu já era clinica e fazia... Era intensivista na verdade. Ai eu vim para São Paulo. Porque em [...] não tinha casos de aids. Em São Paulo já tinha casos de aids há uns três, quatro anos. L- Que ano foi isso. S - Isso foi em 89." (Suzana)*

> *"[...] Era novo para a gente, para toda a equipe [...] Novo no sentido assim: a doença, a manifestação dela, muitas vezes tão agressiva e tal, e a forma como as pessoas iam lidando com isso [...] era ter uma doença, onde a morte era anunciada. No princípio até a chegada dos anti-retrovirais, a questão era ter que lidar com a questão da morte anunciada [...]. Você imagina para a infectologia, médicos, médicos formados numa especialidade, que assim, que de casos agudos em que ou paciente morria ou você tratava e ele ficava bom rapidamente, e de repente, surge a*

[38] No final da década de 80 só se dispunha da Zidovudina (AZT) para tratamento dos doentes de aids, fornecido apenas no Estado de São Paulo. Em 1991, inicia-se sua distribuição no território nacional (Passarelli e Terto Junior, 2003).

> *aids, que é uma doença que ele só via o paciente definhando, definhando, pouco se tinha para fazer, então esse sentimento de impotência, essa angústia era muito grande [...] Era muito angustiante, eu acho que depois dos anti-retrovirais, nossa! As coisas modificaram bastante [...]" (Sophia)*

Mas, para dar conta da assistência e das suas "angústias" esses profissionais reconhecem, primordialmente, duas estratégias: **investimento na formação e no trabalho em equipe**.

4.5.1 A necessidade de investimentos na formação profissional

Interessante notar que foram os trabalhadores municipais que mais chamaram a atenção para a necessidade de formação para o trabalho com aids, principalmente no discurso da equipe médica. Essa formação apontada por nossos depoentes esteve ligada, em uma primeira aproximação, com a necessidade de apropriação de um dado instrumental técnico/tecnológico para o manejo clínico dos casos. Esse fato pode estar associado primeiramente à formação de base desses profissionais (nossos entrevistados da unidade municipal não fizeram residências ou especializações em infectologia, anterior ao trabalho com aids) e foi uma decisão política do Município atender as pessoas vivendo com HIV/aids com o quadro de profissionais disponíveis e dispostos a serem capacitados. Já na UR-Sul, a equipe médica é composta na sua totalidade por especialistas em infectologia, sendo suas dificuldades iniciais de outra ordem. Outro aspecto é que o Serviço Municipal foi inaugurado mais de dez anos após a constituição da UR-Sul e teve nesse a referência técnica

primeira. Desse modo, o investimento na formação a que esses profissionais se referiam ocorreu a partir da busca (por vezes por iniciativa própria) de estudos, ou produções científicas, por meio dos quais acompanhavam a evolução e os avanços produzidos em resposta à doença. Com esse propósito buscavam participar dos treinamentos promovidos pela UR-Sul e supervisão das ações por colegas mais experientes, também da própria UR-Sul:

> *"Então foi pesado, no começo foi difícil, me lembro do treinamento lá na UR, tinha uma pessoa com quem eu mais fiquei como treinadora, a Dra. D, de quem eu gosto muito, eu falava com ela quase todos os dias. [...] Eu comecei a ter pesadelos a noite com os meus casos sabe. Eu como vários outros médicos com quem eu convivo até hoje,[...] que eventualmente eu encontro e tal, se a gente não está no dia a dia com pacientes com aids infalivelmente, os médicos mesmo acabam tendo vários preconceitos em relação a aids e tal, tanto preconceitos morais, como preconceitos mesmo técnicos em relação aos pacientes com aids né. Que os pacientes com aids são extremamente graves, necessariamente ele vai morrer na tua frente, que as doenças são terríveis. Então isso foi em uma época, em que, sobretudo, que realmente a evolução dos pacientes com aids era muito pior do que hoje é. Os recursos eram mais reduzidos mesmo, recursos médicos medicamentosos, então eu vi muitos casos sérios, todos nós que trabalhamos na área vimos e isso mexeu profundamente comigo. Mais a gente foi pegando a mão. Aqui no início, eu me lembro, a gente discutia muito mais casos, por uma necessidade mesmo pessoal de cada um de nós. Um caso mais complicado qualquer, ninguém, nenhum de nós se sentia muito a vontade de ficar sozinho, chamava o outro para ver junto. Então a gente discutia o caso e acompanhava mais de perto e tal [...] A gente começou esse atendimento aqui no momento de virada do atendimento a aids, isso foi em 96." (Saulo)*

4.5.2 A necessidade do trabalho em equipe

Um outro aspecto que também chama a atenção foi a percepção dos profissionais quanto à necessidade do trabalho em equipe. Tal necessidade pode ser motivada por limites reconhecidos pelos profissionais em produzir respostas aos problemas ou demandas dos usuários, a partir de

intervenções individuais ou apoiadas em um único saber, principalmente, no caso das condutas médicas. Essa necessidade, mais presente no discurso dos trabalhadores do UR-Sul, pelo menos quando se referiram aos primeiros anos da epidemia, pode ser compreendida em duas direções: Uma primeira direção, diz respeito à postura política desses profissionais diante da epidemia, solidária a todas as questões que implicavam o viver com HIV/aids, além do discurso da integralidade das ações. Na outra direção temos as limitações concretas quanto às possibilidades de intervenção "na doença", o que fez com que principalmente os médicos estivessem mais atentos ao "doente" e seus contextos.

De qualquer modo, esse movimento de buscar apoio na ação de uma equipe, contribuiu para o fortalecimento de um discurso na área que valorizou e configurou como necessário para essa assistência o trabalho multiprofissional, ou um trabalho que deveria ser apoiado e realizado em equipe:

> *"No princípio até a chegada dos anti-retrovirais, a questão, claro, era ter que lidar com a questão da morte anunciada. E... Eu acho que a gente tinha um espaço que a gente estava sempre junto, a equipe de saúde mental, depois durante uns anos, os médicos nos propusemos uma reunião de equipe multidisciplinar. Os médicos, engraçado, pediram que ficasse uma reunião entre a psicologia a psiquiatria e os infectologistas, não queriam incluir outras categorias. E isso ficou assim bastante tempo. [...] Depois de muitos anos que fui tentar [...] interpretar o que acontecia nessas reuniões. Porque essas reuniões a princípio tinham a função da gente falar do trabalho. Discutir os casos [...] A gente nunca, quase nunca falava dos pacientes, começava e saía, começava e saía, [...]... A gente falava da gente assim. E era uma conversa meio envergonhada. Eu me lembro que era meio desconfortável assim: "A gente está aqui para falar do trabalho e a gente não fala do trabalho". [...] a gente precisava de um espaço para a gente brincar, para trocar para gente falar um pouco de nós, porque era tudo muito pesado. A gente tinha muita perda. Os pacientes que a gente se ligava que a gente se envolvia, morriam, morriam... Era muito luto, era muito luto, muito luto, muito luto. Se a gente pudesse ter nomeado isso, talvez a gente até pudesse construir o falar do luto falar da... Talvez a gente pudesse ter transformado o*

> *espaço em uma outra coisa e tal. Porque acho que ficava todo mundo meio que ocupando o espaço desse jeito, mas, não se sentindo muito legitimado de fazer isso. Depois a gente foi criando. Eu acho. Era muito angustiante, eu acho que depois dos anti-retrovirais, nossa, as coisas modificaram bastante." (Sophia).*

> *"Porque nos vivemos uma época aqui, inclusive fizemos com a Prefeitura de São Paulo, vários treinamentos [...]. Era uma capacitação que a gente pretendia articular a equipe. Então vinha a equipe completa, e era super gostoso, porque ao final eles saiam se conhecendo porque antes, na Unidade, eles não conversavam assim sabe no profissional, especialmente o profissional médico era assim muito travado, muito pouco aberto às discussões de equipe. Os profissionais aproveitavam e falavam mais das coisas assim das dificuldades mesmo que tinham em acessar o doutor. E ai o doutor, não sabia [...] e dizia: Não imagina!... [...] Os outros profissionais da equipe parece que se sentiam mais fortalecidos pra fazer esse diálogo com o médico. Então isso era muito legal.[...] Essa capacitação que a gente fazia de gerenciamento dos SAEs [...] Nossa! eu lembro que nos cursos de gerenciamento dos SAEs, [...] as pessoas chegavam aqui, elas ficavam tão felizes. Elas não tinham se conhecido. A Assistente Social vivia lá no serviço, a Enfermeira, mas elas se quer tinham tido uma conversa uma com a outra, elas jamais tinham pensado em sentar e conversar e discutir um caso juntas [...] porque aquilo não existia na Unidade. [...] Quando a gente pedia para mandar e eles diziam: "Ah! nós queremos treinamento de aids, queremos treinamento de aids". Ok, então, a gente dizia que tinha que mandar uma equipe mínima." (Marlene).*

Vale a pena registrar o importante papel que a UR-Sul teve na formação dos serviços de assistência para seguimento de pessoas vivendo com HIV/aids, conforme nossa entrevistada afirma, criando-se uma "certa cultura" quanto ao trabalho em equipe. Independentemente de como se configurou o trabalho em equipe, em suas diferentes formas de tradução nos serviços de saúde (Peduzzi, 1998, 2001; Silva et al., 2002), defendia-se a necessidade de um modo de trabalho que implicava, no mínimo, a "conversa" entre os membros da equipe sobre a condução dos casos, modelo esse vivenciado pela equipe da UR-Sul.

4.5.3 Aportes tecnológicos: os anti-retrovirais

Mas, se a necessidade do trabalho em equipe significou, principalmente nos primeiros anos, a forma de enfrentamento das angústias pessoais e das limitações técnicas, ao mesmo tempo em que contribuía para o reconhecimento das diferentes dimensões presentes na assistência, com o advento dos anti-retrovirais essa situação parece trazer modificações ao modo do fazer profissional.

Depois de 1997, momento que marcou a introdução da terapia tríplice[39], ou a Terapia Anti-Retroviral de alta potência ativa (TARV), se acrescentou ao contexto de respostas assistenciais importante recurso tecnológico, ligado ao manejo clínico para o controle da doença. Esse fato, além de seus impactos positivos na qualidade de vida dos usuários, também parece ter provocado outros impactos no modo do trabalho, que passou a contar com protocolos que indicavam parâmetros para a intervenção clínica. Aparentemente, a necessidade de aportes e apoio à equipe multidisciplinar, principalmente para o profissional médico, voltou a centrar-se nas

[39] Apesar do emprego de inibidores de transcriptase reversa no tratamento da Aids desde 1987, os avanços mais significativos no âmbito da terapia anti-retroviral só foram possíveis graças aos estudos que esclareceram a imunopatogênese desta infecção. Em países desenvolvidos, a tendência de diminuição da morbi-mortalidade relacionada à Aids havia sido observada mesmo antes do surgimento da TARV, tendo sido atribuída à profilaxia e ao melhor manejo clínico das infecções oportunistas. Contudo, com o advento dos inibidores de protease, esse fenômeno se acentuou. O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996. Uma importante estratégia da Política de Medicamentos do Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids) foi o estabelecimento de recomendações técnicas consensuais para utilização da mesma, por meio de comitês assessores (Lei 9.313/96). A política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com Aids inclui também outras modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (Dourado et al., 2006: 10).

necessidades de aportes mais afetos ao manejo clínico, modificando-se as motivações iniciais:

> *"A gente já tinha reuniões; a UR-Sul sempre teve uma cara, assim diferente e desde dessa época já tinha reuniões [...]. Muito cedo começou a ter o espaço de reunião, onde parava o atendimento para ter o espaço semanal de reunião. E era multidisciplinar de manhã. Tinha... Era bastante médico, psicólogo [...]. Com o tempo na verdade, essa reunião, ela ficou, [...] é super diferente. Porque de manhã ela virou uma reunião, assim tem médico, psicólogo, assistente social, enfermagem, auxiliar de enfermagem quem quer que venha e tal. Mas e é assim, muito pouco médico, dois, três. E a tarde tem aquela equipe assim, basicamente médica. Então por muitos anos: Ah... a gente tem a reunião multidisciplinar, a gente tem a reunião de equipe multidisciplinar; entre aspas!. Porque assim o poder médico, é poder médico, sabe enfim. Eles foram... Não tinha mais médico de manhã, eles foram migrando para tarde teve médico que disse claramente que ele se sentia muito mais confortável, que ele sentia falta etc. Eu acho que ele tem razão, tinha que ter um espaço de discussão bem medicão mesmo..."(Sophia)*

> *"[...] Até o caso que você falou, o último caso que foi discutido em equipe, que eu não estava presente, porque eu sou do grupo da tarde, e esse caso foi discutido na equipe da manhã. E na equipe da tarde, o fato é que a gente tem mais aula clínica do que discussão de casos também. Porque o maior número de pessoas que participam são médicos. Então os médicos priorizam a questão do estudo, das informações, mas aberto para todos os profissionais. Mais o grupo da manhã tem mais discussão de caso mesmo porque a equipe é mais diversificada também a participação dos presentes. Então esse caso, eu não sei exatamente qual foi a motivação, para ser levado para discutir em equipe." (Filomena)*

> *"Aqui atualmente a gente não tem muito tempo para discussão de caso hoje, eventualmente, uma vez por mês, uma vez a cada dois meses, nós temos meia hora, uma hora de reunião da unidade. No mais do tempo a gente chega, eu chego 7:30 e estou atendendo até quase duas horas da tarde [...] E cada vez, a gente discute menos. Um pouco porque a gente está um pouco mais capacitado. Um pouco porque a gente sabe da correria do outro então a gente fica um pouco mais... Mas se preciso, nós temos essa abertura." (Saulo)*

4.5.4 Exigências de um novo modelo para a atenção: a dependência das interações para projetos terapêuticos

Embora essa seja uma das percepções presentes, também se percebe no discurso desses trabalhadores a defesa de um modelo de atenção que foi sendo construído a partir dessa história viva, solidária à causa das pessoas vivendo com HIV/aids, desafiada a construir respostas para além da intervenção na doença, o que possibilitou o estabelecimento de um modelo de atenção, que, segundo nossos entrevistados, é bastante singular e próprio dessa assistência:

> "…*Ninguém é capacitado para fazer a assistência ambulatorial. Eu digo ninguém, porque eu vi pessoal até de outro Estado, não só pessoal formado em São Paulo. [...] eu tenho a oportunidade de entrevistar as pessoas quando a gente faz concurso. Entrevistar médicos para vir para cá e tal. E eu vejo que as pessoas vêm das diversas faculdades; 100% dos nossos médicos são infectologistas, então, todos têm residência, todos tem uma capacitação muito específica para a área e você vê que nenhum, eu não encontrei nenhum que até hoje tenha tido uma... Isso não é ruim, eu também não tinha...[...]. A gente não sabe o que é. A gente aprende fazendo.[...]. As pessoas entram aqui vindo de qualquer faculdade, inclusive do interior de São Paulo. Entra aqui achando na melhor das hipóteses, que o ambulatório é um pronto atendimento.[...]. Que você vai, em dez minutos conversar com a pessoa, atendê-la na sua necessidade. Na sua queixa talvez, não na sua demanda,[...] Porque você vai, na prática atendendo, fazendo... vendo que o biológico está ligado ao psicológico que está ligado ao social... E você não consegue dar conta de uma coisa sem entender a outra, sem considerar o seu contexto, e isso vai demandando tempo mesmo para você investigar tudo isso, e isso demanda mesmo. Para você discutir, para você chamar um outro profissional de outra área, para estar entendendo, para ampliar o seu olhar...[...]. Mas elas já pensam que é legal, que é importante ouvir, que é importante considerar, elas só não sabem fazer. Interessante isso, não sabem fazer.[...]. As pessoas acham que é só perguntar o que tem em dez minutos atender e você ir embora." (Suzana)*

> *"Agora cada um de nós, eu acho que foi achando o seu jeitinho de criar o vínculo. Uma das coisas que a gente fez, [...] é essa fidelidade do paciente com seu médico, quer dizer o paciente não*

> *muda de médico (L-Ah é!), acho que isso facilita muito. É praticamente todos os pacientes que eu tenho, ou quase todos os pacientes que eu tenho são meus desde o primeiro dia, desde o diagnóstico do HIV[...]. Então isso ajuda, isso cria um vínculo, cria um vínculo que é importante que é diferente daquele não vínculo que acontece nos PAs (Pronto Atendimentos) ou em alguns ambulatórios de especialidades, em que o pessoal não quer nem se olhar já para não criar vínculo. As pessoas parecem que têm medo dos vínculos. E aqui nós aprendemos que é preciso vínculo, quer dizer, não dá para ter esses pacientes com uma evolução boa se não houver olho no olho mesmo; então: "Mais qual o problema? Por que você não tomou o remédio? Qual a dificuldade, conta?" Então em um primeiro momento ele não quer contar, porque ele acha que vai apanhar do médico, mas ai: "Conta eu preciso saber pra ver qual é o problema [...] Então, na medida que você vai abrindo, vai insistindo nas várias possibilidades vai criando esse vínculo. E ai as reações, as minhas pelo menos, como eu não sou nenhuma pessoa equilibrada 24 horas por dia (risos) as minhas reações vão desde tapas e beijos mesmo: Pego no colo, faço cafuné, dou tapa, puxo a orelha,[...]...Então tem todo o tipo... .porque eu vou [...]me sentindo no direito disso também. Porque não é uma relação momentânea, é uma relação que eu estou envolvido com ele e ele está envolvido comigo, então eu vou ter que estar cobrando mesmo. E não faz mal. Essas cobranças não fazem mal, se é feito por alguém que ele sabe que está preocupado com ele que não é só querendo brigar de graça[...]" (Saulo)*

Mas, para se conseguir estabelecer vínculos e pensar projetos terapêuticos singulares que fossem ao encontro das intenções do trabalho, foi necessário a esses profissionais um outro "tipo" de aprendizado, que envolveu o conhecimento e reconhecimento de modos de vida diversos dos seus próprios e daqueles que estavam mais habituados a conviver e tratar. Foi necessário considerar as vivências das pessoas com orientações sexuais diversas e estilos de vida muito peculiares.

4.5.5 Outras dimensões do aprendizado profissional: reconhecendo diferentes modos de vida

A outra dimensão do "aprender o trabalho com aids", foi referida pelos profissionais como a necessidade de refazer ou reconsiderar os próprios preconceitos (no sentido de pré-concepções) acerca de diferentes modos de vida[40]:

> *"[...] eu acho que eu tive que aprender várias coisas sabe. Várias. Aprender como lidar. Eu acho que, eu me considero uma pessoa assim não preconceituosa, tento bastante respeitar as pessoas, inclusive crio minhas filhas assim, e consegui com felicidade que elas sejam assim. Elas [...] são extremamente respeitosas com as pessoas e pelas diferenças; mas eu tive que aprender a lidar com coisas que eu não lidava antes. É atender o primeiro Travesti foi uma coisa muito difícil. Você vê aquela pessoa e você fala: "Meu Deus!". Primeira impressão que você tem é: "Puxa é meio uma forma de mutilação né..." Porque faz uma mudança forçada no corpo pra poder adequar a mente... Mas como lida com isso na sociedade? Como lida com isso na família? Como lida com isso com os pais e assim... De repente eu me via naquela situação... Puxa vida!... Como deve ser difícil viver assim... E eu, me incomodava sabe... Puxa! É difícil! Eu aceitava mais ficava incomodada e um dia eu vi uma mãe de um Travesti, acompanhando ele no Hospital Dia e era uma senhora que devia ter uns 65, 70 anos, e a forma e o carinho com ela lidava com ele... Eu dizia assim: "Meu Deus como uma pessoa dessa idade consegue lidar com um filho nessas condições!..." Porque pelo amor de Deus! Sabe, eu acho eu... Eu tenho que aprender a entender essa nova forma..." (Marlene)*

> *"A (médica), acho que você vai ter a oportunidade de ouvir ela. Ela diz, que a primeira vez que ela foi examinar uma Travesti na sala: "Eu sai três vezes da sala pra fumar. Eu não sabia se mandava tirar o sutiã, sabe, que exame que eu fazia, como é que eu fazia..." Não era nem preconceito nada, era porque ele nunca havia atendido uma Travesti. Então ela já estava incomodada com a situação e resolveu falar com o paciente [...]: "Sinceramente, eu nunca atendi, você vai ter que me ajudar, como é que eu te chamo o que eu faço... Ai, eu ainda demorei meses para ter a tranqüilidade de hoje de entrar na sala e né". Mas o que tanto ajudou: ela falando tanto pra Travesti, como pra gente:- "Olha eu tremia, eu tinha vontade de fugir da sala, porque como eu mando ela abrir o sutiã para examinar, é um mundo de louco!. [...]" Agora,*

[40] Estamos entendendo por diferentes modos de vida o "pluralismo social e cultural" expresso na individualização de estilos e formas de vida que colidem entre si assim como a composição eticamente heterogênea das sociedades multiculturais atuais.

> *quando a gente escancara, essa situação, internamente, a gente é mais honesto com a equipe e com quem ta lá pra ser atendido." (Marilza)*

Nas relações humanas mediadas pela linguagem, espera-se posicionamentos uns dos outros, apoiados e expressos em argumentos pertencentes ao contexto do mundo da vida e que podem ser justificadas racionalmente. Esse movimento possibilita aos participantes de uma comunicação ir além das fronteiras de mundos da vida "particulares", considerando as circunstâncias em que ocorre uma dada situação, dessa ou de outra forma. Quando estamos diante de situações bizarras ou enigmáticas e quando há um movimento em busca de entendimento, suspendemos nossas certezas iniciais e passamos a considerar as razões do Outro.

> A objetividade do mundo, que supomos em nossa fala e em nossas ações, está tão intimamente entrelaçada com a intersubjetividade do entendimento sobre algo no mundo, que não podemos eludir, em nenhuma hipótese, tal coesão e nem fugir do horizonte de nosso mundo da vida que é franqueado por meio da linguagem Isso não exclui, evidentemente, uma comunicação para além das fronteiras de mundos da vida particulares. Já que podemos sobrepujar reflexivamente nossas situações hermenêuticas iniciais e chegar a concepções sobre temas controversos, compartilhados intersubjetivamente. Para fazer jus a isso Gadamer utiliza o conceito de "fusão de horizontes" (Habermas, 2007: 53).

Pareceu aos profissionais que acabaram por ficar nesses serviços que, invariavelmente, tiveram que rever algumas idéias pré – concebidas e considerar outros modos de vida, o que fez parte do que identificaram como um aprendizado. O esforço de descentração do mundo próprio para possibilitar o entendimento do Outro foi necessário para a própria viabilização do trabalho do modo como nossos agentes o defendem:

> *"Então para nós que trabalhamos há um certo tempo nessa área e que achamos que acertamos com o trabalho, que acertamos com a opção de trabalhar nessa área e faz com gosto o trabalho e faz um trabalho sério, a gente aprendeu muito. A gente foi aprendendo nesse sentido de vida de mudança interior, sobretudo, porque não é a aids na Europa é a aids na zona leste de São Paulo, na periferia da periferia de São Paulo. Então aqui ou a gente aprende isso ou não dá para trabalhar com aids. Se a gente continuar tendo preconceito contra uso de drogas, contra infidelidades conjugais, múltiplos parceiros, opções sexuais não as mais convencionais sejam homossexuais, bissexuais, se a gente continuar com preconceito nessa área, você não consegue fazer nada. E a gente vai aprendendo que não tem sentido ter esses preconceitos [...] isso só atrapalha. As pessoas são tão boas ou tão ruins tendo essas ou aquelas qualidades de homossexualidade, bissexualidade de uso de drogas de isso ou aquilo [...]. Então isso é um aprendizado, [...] Então conversando com outros companheiros aqui mesmo, eu acho que nós somos um grupo de pessoas que tem uma cabeça em geral muito melhor do que as pessoas que não tem contato com isso." (Saulo)*

> *"Como você lida com a questão da assistência, você lida com a questão da morte você lida com a questão da maternidade, você lida com todas as coisas que te fazem vinte e quatro horas por dia, repensar não só tua prática, mas também tua vida. [...] Então é... você muitas vezes tem que tirar de lá e falar, não sou eu ali, é o Outro, e o Outro pensa maternidade, pensa tesão, pensa entrega, de uma forma completamente diferente. [...] Agora não sou eu que estou lá, é o Outro. Então se você não se despir disso, da sua concepção de maternidade, de amor de entrega e de relacionamento tal, tal, você não consegue caminhar nesse serviço de forma alguma.[...]" (Marilza)*

Reconhecer o Outro na sua autenticidade passou a ser um desafio importante para o desenvolvimento do trabalho, inalienável à ação. Re-significar os sentidos das práticas, dessa forma, nos parece aproximá-la, de um movimento onde há uma mudança na ótica do "tratar", em sentido genérico e apoiado em protocolos, para a necessidade de estabelecer-se projetos terapêuticos a partir de considerações acerca de quem são os sujeitos destinatários dessas ações. Essa "estratégia", preciosa, quando temos em mente não só a perspectiva do tratar, mas a busca pelo Cuidado conforme nos apresenta as conceituações de Ayres (2003), requalificam o encontro entre os sujeitos do espaço assistencial, assim como, atualizam o

próprio sentido da técnica ou da tecnociência utilizada. Ao considerar os projeto de vida e de felicidade de quem é assistido, os profissionais consubstanciam o movimento de reconhecimento e auto-reconhecimento, buscando-se a partir daí novos sentidos para as práticas, incluindo os contextos de vida a que estão interligados aos sujeitos do espaço assistencial, movendo-se, assim, do tratar para o Cuidar, entendido como:

> [...] uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (Ayres, 2004c: 22).

Porém, esse movimento que busca transitar de um modo de exercício do trabalho focado no "tratar", sem deixar de lado as responsabilidades inerentes a essa ação, para o modo "cuidar" não é isento de tensões cotidianas. Será sobre essas tensões que, a partir daqui, nos deteremos para a compreensão dos conflitos presentes na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.

4.6 O trabalho em aids e conflitos: diferentes interesses em questão?

Até aqui, fizemos um relato bastante "confortável", no sentido de apresentar mais o que une esses trabalhadores, do que seus desacordos. Esse registro foi importante para demarcar as bases mais gerais do ponto de vista de valores, que informam as práticas assistenciais nos parecendo que essas se aproximam dos ideais preconizados tanto na Política Nacional de Humanização, como nas indicações para a construção de práticas que aproximam o "tratar" do "cuidar".

A partir daqui, essas bases serão desafiadas por situações adversas que foram vivenciadas nos serviços, onde não é tão simples e nem tão consensual, entre os trabalhadores o “como” fazer para dar conta da assistência, guardando os valores ora apresentados.

Durante o processo de entrevistas e da observação da discussão do caso, trabalhamos com a idéia de “problemas” vivenciados nos serviços, e assim reconhecidos por nossos entrevistados. Tratamos de situações que exigiram dos trabalhadores, por vezes, amplas discussões, não sendo possível encaminhar-se soluções restritas aos referenciais protocolares ou mesmo a partir da decisão do profissional e seu paciente, no consultório.

Dessa forma, nossos agentes apresentaram como situações difíceis do cotidiano da assistência, aquelas que provocavam desacordos entre profissionais e seus pacientes; entre profissionais e a equipe; dúvidas em relação a qual seria a melhor conduta diante de casos difíceis, ou ainda, referiram situações que interferiam diretamente no que esperavam produzir com seu trabalho.

As situações de desacordo estiveram associadas ao movimento para soluções de problemas que, aparentemente, não contavam com consensos já estabelecidos: entre a equipe; entre os trabalhadores e seus pacientes; entre o projeto terapêutico e as exigências sociais; entre criar respostas singulares e atentar-se para as possibilidades do ponto de vista da instituição de modo que as respostas não se limitassem ao contexto da decisão e disposição pessoal do profissional, entre outras.

A singularidade das situações dos pacientes desafiou os aportes das regras institucionais, e trouxe a necessidade de sua problematização, com vistas a criar novas indicações ou consensos para as condutas. Em alguns casos, diante dos limites institucionais e a indisponibilidade ou impossibilidade dos usuários, reconhecida pelos trabalhadores, em corresponder às propostas criadas, chegou-se à situação limite da "alta administrativa", que consistiu na transferência do usuário para outra unidade assistencial. Foi uma situação de difícil decisão, que provocou muitas dúvidas nos trabalhadores, por colocar em questão a própria decisão: tratou-se ou não da mais correta.

Nesse sentido, estiveram em tela tipos de questões de naturezas diversas, talvez em alguma medida relacionadas, mas, para fins de nossa análise procederemos a uma leitura por "tipos" de problemas: **afetos a Instituição e suas regras; aos trabalhadores nas suas relações com pacientes; das relações entre os próprios trabalhadores e ao entendimento acerca do que foram apontados como "a melhor" conduta para casos difíceis e a própria tipologia de casos difíceis**.

Comecemos pela instituição e suas regras nas relações com pacientes, onde essas foram colocadas em questão ou desrespeitadas.

4.6.1 Instituições, regras e limites: sobre as razões dos gritos…

Vamos iniciar pelos relatos relacionados ao "desrespeito da ordem institucional" a partir do comportamento de usuários tido como inadequado ou violento. Tais comportamentos impediram a continuidade do diálogo serviço-paciente, em situações nas quais, tanto em um serviço como em outro, a pessoa do gerente foi acionada e, aparentemente, reconhecida pelos demais trabalhadores como "guardião da ordem" a ser restabelecida:

> "*Em geral eles me chamam porque está dando problema. E ai a gente senta e conversa. Ou, em geral a gente ou quem está... Serviço Social chama muito também; com atitudes inadequadas; com palavras de baixo calão; o vigilante muitas vezes chama [...] ... Uma paciente, ela quebrou o vidro, quebrou uma garrafa no balcão e machucou uma pessoa que estava do lado dela. Teve uma fúria tão grande que quando me falaram que ela estava enfurecida, com a garrafa quebrada na mão o vigilante me chamou. Eu falei: "Ta bom eu vou lá". Eu comecei a conversar com ela. Ela virou para mim e falou assim: "Doutora não fala comigo hoje, hoje você não vai me convencer a mudar de atitude"... [...] Pode chamar a polícia!" (Gerente SAE -Leste)*

> *"Tem coisas que eles chamam, às vezes, tem paciente agressivo aqui, tem paciente que virou a mesa que bateu, sei lá o que. Vai lá resolver.[...] Estava com revólver [...]. Eu vou, mas não vou sozinha, porque você não sabe se vai ser agredida ou não, e eu não quero ser agredida. Nessas, olha eu já tive mais de dez situações assim. Nesses dez anos talvez uma por ano. São situações extremas. Uns quatro ou cinco talvez estavam em um surto psicótico. Uns três ou quatro acho que psicotisaram dentro da instituição. Sabe, aquelas situações que vão levando o sujeito a descompensar. Eu sempre vou com um segurança. Eu vou com o segurança e peço para ele ficar do lado só. [...] Ele estava aqui na área [...] de espera, ele estava super agressivo e estava armado. Ele não estava segurando a arma ele estava com a arma na cintura. Mas é o suficiente para as pessoas ficarem com medo. Eu chego e simplesmente pergunto o que está acontecendo. E chego... Não sei exatamente como foi, mas eu cheguei e digo: Meu nome é [...], sou responsável aqui pelo setor, e as pessoas foram me chamar, porque parece que o senhor está querendo alguma coisa, e a gente não está entendendo exatamente o que é, o que está acontecendo. E eu chego falando nesse tom. E o sujeito, esse no caso estava gritando bastante e ele não me ouviu e eu só fiquei parada ouvindo. Ele estava gritando, falando, falando, falando... E ai quando ele falou, eu repetia: Olha meu nome é [...] eu sou responsável aqui[...]. E as pessoas foram me chamar, porque ninguém sabe o que está acontecendo. E ai ele*

> *me olhou e respondeu, ainda falando bastante alto comigo e tal: Que ele ia fazer coleta. Porque tudo começou porque queriam tirar a arma dele, porque pediram para ele tirar a arma. Ele veio coletar exames, as pessoas viram a arma e pediram para tirar. E ai ele descompensou [...]. E ai eu digo: O senhor vai me desculpar, mas isso aqui é uma instituição de saúde, eu entendo que o senhor precise andar armado, mas aqui dentro a gente tem essa regra. Uma arma deixa as pessoas super desconfortáveis. O senhor não precisa se proteger de nada aqui dentro. Aqui não tem nenhuma ameaça então, o senhor não vai precisar usar a arma graças a Deus!. Tudo isso na sala de espera. Vamos entrar ali na minha sala e a gente conversa. E eu vou pedir para o senhor deixar sua arma ali com o segurança [...] porque eu não vou conseguir conversar com o senhor com uma arma"[...] (Gerente UR-Sul).*

Mas quais seriam as razões dos gritos? Para dar conta dessa resposta, nossos entrevistados, reconhecem que nessas situações, a primeira "missão" é retomar o diálogo, num esforço de compreensão dos motivos pelos quais esse foi interrompido, passando-se à agressão, seja com palavras ou agressão física. Em verdade, buscaram entender as causas das eventuais divergências. Enquanto "guardadores" do lugar das "regras" da instituição, seus julgamentos estiveram amparados nas responsabilidades institucionais perante o usuário e nas dificuldades desta em dar seguimento ao atendimento diante daquela situação específica. Em ambos os serviços, nossos entrevistados reconhecem que essas atitudes por parte dos usuários podem ser desencadeadas por questões ligadas ao próprio contexto de vida desses e suas relações. Julgam que também podem ser desencadeados por situações adversas vividas no contexto assistencial – desde problemas como falta do profissional não avisada com antecedência, ou quando o usuário encontra-se em "surto", atribuindo-se o comportamento a um "quadro" ligado a sua saúde, ou ainda, quando esse se apresenta sob efeito de álcool ou outras drogas. Foi também reconhecido como problema dessa ordem o usuário que teve dificuldades em

corresponder às regras institucionais, fazendo um uso inadequado da instituição:

> *"Então a gente a gente faz um a um, embora a gente tenha um número razoável aqui dentro. Eu não sei de devido ao produto do trabalho, da equipe ou graças a Deus, porque Deus existe, eles não surtam todos ao mesmo tempo (risos) [...] O mais importante que eu acho, isso não está escrito, eu estou falando do que eu acho. Como é que eu lido com isso: primeiro é mostrar a presença da instituição. A instituição está presente, a instituição está aqui, o profissional não está abandonado, para os dois, para o profissional e para o paciente. A gente tem regras aqui dentro. As regras são essas. Por outro lado a gente flexibiliza de acordo com a sua necessidade. Você está tendo necessidade a gente flexibiliza. Uma outra coisa é o mau uso da instituição, porque o mau uso conturba a instituição. E a instituição conturbada ela não consegue lidar direito nem com você e nem com outras pessoas.[...]. Então a gente tenta resgatar um pouco isso com ele" (Gerente UR-Sul).*

> *"Nós chegamos até a falar assim: Escuta não tem que chegar e fazer bagunça aqui. Muitas vezes a gente chegou junto. Acaba fazendo, e você chama e acaba fazendo. Não tem muitos casos. Usuário de droga é muito comum fazer esse tipo de coisa... principalmente, após exposição a droga. Quando eles vêm ainda sob o efeito de drogas esses ficam muito irritadiços, brigam com facilidade, aquele vozeirão, não sei o que e tal. Cria um mal estar muito grande. E a gente acaba chamando de lado e pedindo para que... Vários deles a gente disse: "Bêbado aqui não entra"; ou alguma coisa assim nesse sentido. "Se você estiver embriagado não entra. Para vir aqui você venha sem álcool. Venha em condições de ter uma conversa". E ai a gente descreve as situações em que ele já esteve aqui, estava embriagado e sem condições, entendeu. É que cria uma situação tão complicada para a equipe. Já teve dia de chamar a polícia, a gente chama. É extremada, não é pra todo mundo. Também a gente tem grau de tolerância muito grande aqui. A tolerância na verdade em relação aos pacientes..."(Gerente, Sae-Leste).*

4.6.2 Outros espaços institucionais mediadores de conflitos: O Conselho Gestor e a Ouvidoria

Além do espaço institucional da gerência, há outros espaços do serviço que atuam como mediadores de divergências ou questionamento das regras e nesse caso, em sentido inverso: da adequação do serviço às

necessidades e demandas dos usuários avaliadas por esses últimos. O espaço do Conselho Gestor Local[41] e da Ouvidoria[42] (no caso UR-Sul), foram apresentados enquanto espaços institucionais onde os usuários podem fazer valer suas impressões e críticas aos serviços e, por força dessas instâncias, necessariamente essas críticas parecem ser consideradas pela gestão do serviço:

> *"[...] a gente tem uma caixinha (de sugestões dos usuários ou observações) lá em cima que eu gosto muito dela, eu prezo muito por ela então eu vou alimentando os papeizinhos[...], eu vou sempre incentivando [...]Então vai lá escreve e põe lá na caixinha, escreve e põe na caixinha, tem do lado lá que está escrito que uma vez por mês o conselho gestor, com os três seguimentos presentes... vai lá, chegando no dia da reunião os conselheiros, a gente abre a caixinha pega tudo que ta lá...[...] Tem o livro preto, tem o livro de ata, o manual do Conselho e um livro de reclamação, aí a gente senta, na reunião do Conselho, aqui com os três seguimentos, aí lê uma por uma, [...] e aí a gente dá encaminhamento uma por uma [...] se a pessoa se identifica enquanto usuário a gente retorna direto pra ela. Agora, de qualquer maneira, se ela não se identifica aí o encaminhamento, eu mesma que faço isto, aí o encaminhamento o que foi feito eu colo o papelzinho do que o usuário falou, eu colo no próprio livrão e em baixo eu coloco o encaminhamento que foi dado, então se ele não se identificou, a qualquer momento ele pode aparecer aí a gente mostra pra ele o encaminhamento que foi dado e tal... isso aí funciona bem legal. A gente tem aqui uma médica super boa, do ponto de vista da atenção ao paciente, mas ela, ela atrasa muito, muito, muito, há muitos anos a gente tem um problema [...] com ela. O mês passado, [...] tinha umas oito reclamações, [...], então, por mais que o Gestor não queira assumir um posicionamento, nesse caso, traz à tona esse conflito, ele é obrigado, está escrito lá... Não dá pra sair daqui 9 horas da noite daqui desse buraco que não tem luz! [...] O Gestor teve que sentar com ela e quase dispor dela... e quase disponibilizar ela pra outro serviço! [...] mas agora chegou num nível que ela teria ser disponibilizada... Ia ser uma pena porque ela é uma boa médica." (Mariana).*

Os Conselhos Gestores instituídos nas Unidades Municipais de Atenção à aids foram incentivados a partir a partir da reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde ocorrida em 2001, onde os gestores da

[41] Lei Municipal nº 13.325 de 8 de fevereiro de 2002, termos da Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990
[42] Lei Estadual 10.294 de abril de 1999

época entendiam como necessário retomar os princípios do SUS para o Município de São Paulo. No caso da UR-Sul, a instituição do Conselho Gestor Local é mais recente, o primeiro Conselho Gestor Local tomou posse em 2006. Embora essa seja uma diferença temporal, o que pudemos observar é que a existência na UR-Sul da instância Ouvidoria, inaugurada em 1999, cumpriu um papel semelhante ao que nossa entrevistada do SAE-Leste chamou a atenção, enquanto um espaço também de fiscalização e denúncia dos usuários de inadequações dos serviços:

> *"Na verdade a Ouvidoria é uma lei que o Covas fez em abril de 99. [...] Aí a lei saiu em 99, em abril e em julho a gente já constituiu oficialmente a Ouvidoria. O que difere, desde do início a Ouvidoria da UR-Sul é porque, embora ela esteja dentro de uma lei de proteção e defesa do usuário que é essa lei do Covas, o usuário, o Ouvidor tem que ser um funcionário, que já é uma contradição da lei, eu acredito. O que fez a diferença desde do inicio quando a gente montou a Ouvidoria é que a gente montou a Ouvidoria com o usuário. Usuários voluntários [...] A equipe hoje é composta por três funcionários e um voluntário. É o que faz a diferença, porque o olhar às vezes, essa contradição que eu falo, a gente tem um olhar do espaço que ocupa. Eu sou funcionário e muitas vezes as demandas que chegam, é importante que os usuários [...] tenham esse olhar do usuário. Então chega um queixa, por exemplo, de demora, aqui de frente, do pronto atendimento, que para o trabalhador, para mim poderia parecer normal porque tem urgência lá dentro ou tem muito paciente para ser assistido. Mas, o usuário(representante), [...], imediatamente vai saber o que é que está acontecendo lá dentro. É mais pró-ativo, tem uma iniciativa diferente. [...] A gente não tem poder deliberativo, diferente de um Conselho Gestor que é deliberativo. E essa lei coloca a questão que são os direitos básicos dos usuários que eles colocam: a informação, a qualidade no atendimento e um controle. Onde tem, eu já vi algumas discussões, eu já vi na Unicamp, Congresso da Abrasco; se a Ouvidoria é uma, um instrumento de gestão ou um dispositivo de controle social, ou estratégico. É um pouco isso. [...] Toda a manifestação, é chamada de manifestação: seja uma queixa, seja um elogio, seja uma denúncia. As pessoas escrevem, a gente tem um formulário próprio, temos urnas nos locais, vários locais inclusive, na internação que funciona fim de semana tudo. As pessoas fazem a sua manifestação e a gente lê e encaminha." (Regina)*

Interessante observar que a Ouvidoria da UR-Sul pareceu caracterizar-se como um espaço, de certo modo, além de "fiscalizador", também de mediador do processo de trabalho, onde as manifestações tanto de usuários

como dos próprios trabalhadores são consideradas e encaminhadas junto às instâncias responsáveis com conseqüências para o trabalho:

> *"E a gente tem, a gente fez curso com esse pessoal da ouvidoria, que a gente deve sempre valorizar sempre a questão do anônimo. A gente teve uma manifestação quanto ao autoritarismo da chefia do laboratório. Daí puseram em uma urna, anônimo e isso foi anônimo. Ai eu chamei a gerência, porque a ouvidoria é ligada ao diretor máximo da instituição. Daí a gente chamou a gerência. Nós temos várias gerencias aqui, gerencia de apoio e ai eles foram muito abertos e nós fizemos várias reuniões com os trabalhadores, todos os turnos. E eles falaram claramente o que acontecia. Então esse processo demorou um pouco, mas essa chefia do laboratório foi mudada. Porque era consenso em todas as reuniões. [...]" (Regina).*

Não cabe aqui uma análise acerca do papel formal previsto em lei e atribuído a cada uma dessas instâncias, mas tão somente destacar que essas têm funcionado como espaços de acolhimento de manifestações principalmente dos usuários em relação ao que pensam e esperam daqueles serviços de saúde. Em seu mérito, as questões que nos foram apresentadas se referiam a queixas quanto à organização das rotinas dos serviços como, por exemplo: demora no atendimento; troca ou falta de profissionais; queixas em relação a dificuldades no acesso a benefícios sociais entendidos como direitos; e também denúncias quanto ao "comportamento" de funcionários que foram julgados, por sua vez, como inadequados:

> *"Outra questão que teve aqui, que a ouvidoria teve um papel assim: nós tínhamos queixa de uma médica do pronto atendimento que maltratava os usuários. Biologicamente era excelente, faz diagnóstico e tal,[...]. Ela está há 11 anos aqui. Aí a gente foi juntando a queixa que era um tanto assim. Eu fiz um relatório, nós sentamos, discutimos o relatório com as gerências e mandamos. Aí eles reuniram, não chamaram a gente, não sei como foi. Mas pediram um relatório, pediram uma reunião com a C (Gerente) para discutir essa postura desse profissional. Aí eles tiraram inclusive ela do pronto atendimento [...]" (Regina)*

Nessa medida, pareceu-nos que não são apenas os usuários que podem sofrer a denominada "alta administrativa", mas, também o

trabalhador, quando não corresponde ao esperado, quanto às suas relações com usuários. Interessante, também notar que, em ambos os relatos, os exemplos que foram destacados fazem questão de demarcar a competência técnica do profissional questionado, o que parece apontar para a insuficiência desse atributo (que é valorizado), para a condução da assistência, da forma como esta é esperada pelos usuários.

4.6.3 Na prática: administrando regras e limites institucionais

Voltemos ao pólo instituição ou trabalhadores e pacientes com dificuldades em adequar-se às exigências institucionais para a viabilidade da assistência, destacando como se deu sua condução. Um primeiro ponto polêmico na condução dessas situações é justamente o limite da "tolerância" dos serviços diante dos casos. Por exemplo, uma das entrevistadas, ao retomar o caso da usuária que colocou em risco a integridade física de outro usuário (caso da garrafa quebrada), considerou que a atitude mereceria uma demarcação institucional mais severa:

> *"Pacientes com problema, alguns pacientes até violentos que nos tivemos aqui tal, mas que dentro da sala, é diferente, com o profissional, com o médico (gerente) ele é uma coisa, saindo ele é outra, então o médico (gerente) acaba não tomando a conduta correta que seria assim, enquadrar o paciente, falar: Olha! Aqui você tem que se comportar dessa forma tá![...] Uma paciente que chegou a dar uma garrafada na outra paciente aqui e tentar cortar uma outra, porque teve um problema sério e a médica acabou achando que não... "Ela estava nervosa, vocês têm que entender", Quer dizer assim: - Está passando a mão na cabeça de uma paciente que não deveria, porque essa paciente é uma paciente problemática, violenta, então ela tinha que ser punida. E, ela acabou sendo beneficiada até, porque a médica achou que ela estava com problema, entendeu. Diante do policial disse que a paciente era uma paciente boa, que estava com problema, que isto não... que ela não é sempre assim... Isso não é verdade ela é sempre assim... Ela é uma pessoa violenta, só que dentro do*

> *consultório ela não é... então a médica tem essa visão dentro do consultório, do consultório médico..."(Jandira)*

Ou, ainda, no discurso dos trabalhadores da UR-Sul, uma de nossas entrevistadas chama a atenção que durante as discussões sobre casos problemáticos pelas equipes, presenciou manifestações de posições que defendiam a demarcação de limites claros, uma vez que a ausência desses inviabilizavam o trabalho, externando-se uma crítica de que a instituição sempre dá mais razão aos usuários do que aos seus trabalhadores. Essa última crítica é rebatida, por nossa entrevistada, a partir do argumento de que a instituição tem investido em políticas internas de cuidado de seus trabalhadores:

> *"Mas tem conflitos aqui, quando eu fiquei como gerente, teve conflito com coisa [...] de usuários de drogas. Isso foi um problema sério, que eu tive. Como gerente tive vários embates aqui dentro, vários enfretamentos com os profissionais... Porque os profissionais aqui costumavam dizer isso na época que eu era gerente, [...], que é... sempre os pacientes aqui dentro da UR-Sul que tem razão, que os profissionais não têm. [...] Eu ia para o debate com eles e dizia que isso não é verdade: "Veja todas as condições de trabalho que vocês têm aqui... Veja todas as coisas que dentro da UR-Sul é voltado pra vocês. Programas Cuidando do Cuidador, um monte de coisas. Não é verdade que a gestão da UR-Sul não valoriza o funcionário". Agora, a gente tem um paciente numa situação difícil, porque a idéia das pessoas é o seguinte: - Se o cara é complicado, é a cultura institucional, se o cara é complicado você não pode tratar bem... Não pode. Por exemplo: Se o cara é complicado, quando ele chegar aqui, vamos atendê-lo primeiro, vamos solucionar o problema dele... - "Ah não! Aí não". Porque assim se ele é complicado tem que dar limite pra ele, tem que fazer ele entender o limite... E eu dizia: "Mas ele não tem capacidade de entender o limite, então o melhor que a gente tem que fazer é tratar, fazer terapia, discutir o caso dele juntos, fazer o grupo de acompanhamento. [...] E, a gente teve situações assim [...]. Que eu não concordava, que eu era contra. Mas que, assim, houve uma decisão geral que tinha que dar alta administrativa. Casos limites..." (Marlene)*

Mas, ao mesmo tempo em que há esse contraponto reiterando a necessidade de dar limites para os chamados "pacientes problemas", os trabalhadores reconheceram que recolocar regras ou estabelecer limites não

pode servir para apoio de atitudes discriminatórias ou de intolerância, principalmente daqueles usuários com maior dificuldade de inserção social, e que acabam provocando situações que “fecham”, pelo menos momentaneamente, as possibilidades de diálogo. Nesse sentido, o problema reconhecido foi o de encontrar possibilidades de entendimento entre as proposta dos profissionais, frente às situações apresentadas por esses usuários, a partir de estratégias que deveriam ser assumidas em conjunto pelos trabalhadores:

> *“[...], um paciente que está muito agitado, por inúmeras causas, uma psicose, um quadro maníaco ou enfim, ou até um quadro neurótico, [...] o que a gente vem colocando é que alguns profissionais daqui são poucos que tem um treinamento. Quando eu falo funcionários, não só o psiquiatra em si, mas a classe da enfermagem [...], ou pelo menos um treinamento em relação a contenção, não só mecânica e química, mas uma contenção verbal.[...] Chegar, conversar. Muitos poucos são orientados e foram treinados. Então já aconteceram situações meio complicadas, de um paciente não ser abordado e as pessoas começam a fazer aquela situação meio... De fato ficam em uma situação desagradável um falatório enfim. [...] Então tem situações assim, mais desagradáveis, ou que o paciente não é abordado e vai embora. Foi embora foi agitado, e aí o que acontece? O que aconteceu com esse paciente? [...] Teve situações, ou várias situações acredito. Algumas eu presenciei, com êxito. A gente conseguiu colocar em uma sala. Quando eu fui chamada, no momento a pessoa já estava dentro de uma sala. Ou eu mesma fui e conversei com o paciente e não teve que fazer contenção química ou mecânica, mas uma coisa mais tranqüila. Mas teve situação que eu soube que o paciente já havia ido embora, então tem evasão...[...] Então, essas [...] são todas discussões que estão acontecendo aqui no serviço. Espero que venham resolver.”(Helena)*

> *“Sabe é a inclusão, e aí, vamos incluir, incluir, incluir, não discriminar. Tanto é que um dos critérios para matrícula é ser morador de rua. Só que aí você perde a linha do limite, quando você tem que colocar o limite mesmo [...] Acho que assim, existia um medo muito grande de que o limite fosse ser excludente [...] Vamos separar limite excludente, do que é limite terapêutico. Então teve muita discussão desses casos assim, acho que discussões interessantíssimas, interessantíssimas, porque você via desde dessa posição super radical de achar que o que é isso, o paciente está abusando, não sei o que [...], de não ter escuta nenhuma para o sofrimento do outro da pessoa que está naquela história; [...]. Ver essa posição era super importante, porque ver esse discurso radical de que vamos baixar uma lei e tal se não*

> *obedece vamos botar fora, até outro que vinha pegando muito na mão e nessas discussões acho que a gente ia criando um meio termo. Acho que assim, criando algumas, digamos assim orientações de conduta." (Sophia)*

Embora, em um primeiro momento, o gerente tenha sido figura indicada para fazer intervenções quando o paciente apresentava reações agressivas ou contrárias à ordem estabelecida, é importante notar que há um reconhecimento de que essa intervenção poderia ser também realizada por outros profissionais, principalmente naquelas situações em que o comportamento do paciente pode estar associado a um possível quadro psiquiátrico e, para tanto, reconhece-se a necessidade de treinar ou capacitar profissionais para uma abordagem que retome o diálogo, sem que esta seja tarefa exclusiva dos especialistas em saúde mental.

Nossos entrevistados não negam a existência de divergências e até posições polares, como é a situação exemplificada acima, porém esses reconhecem que quando se consideram diferentes posições é possível chegar-se a um certo acordo orientador de conduta.

Mas, vamos ousar fazer uma leitura, a partir dos argumentos presentes em uma situação, aparentemente de divergência em relação à condução de um chamado "caso problema". Examinemos mais de perto os argumentos presentes no caso da usuária que agrediu outro usuário no espaço do serviço de saúde, situação ocorrida no SAE - Leste.

Em relação a essa situação, obtivemos dois tipos de argumentos que avaliaram seu desfecho: um argumento que considerou a situação gravíssima do ponto de vista do desrespeito às regras e normas institucionais. Para esse interlocutor, além de todo o sentido de transgressão

de normas sociais mais gerais, o fato de ter ocorrido nas dependências da unidade colocou em risco todas as pessoas daquele ambiente, o que em sua opinião, representou desrespeito à instituição, e nesse sentido esperaria uma medida de transferência da usuária (alta administrativa):

> *"Eu acho assim que esta paciente tinha que ter sido punida, tinha que ter sido desligada da Unidade, transferida, sabe! Eu acho que ela tinha que ter o mínimo de respeito pelo lugar que ela vem se tratar. Eu acho que é um desrespeito muito grande com os funcionários a maneira que ela agiu e que ela age! Acho que ela tinha que ter sido punida, acho que a direção tinha que ter feito uma alta administrativa nela, tinha que ter mandado pra outro lugar!..."(Jandira)*

A outra posição, entendeu como suficiente a responsabilização da usuária em âmbito da "justiça comum", lembrando que a gerência, diante da impossibilidade de acalmar a usuária e a negativa dessa em estabelecer uma conversa, acionou a polícia, medida entendida como extrema que é só utilizada, diante da real impossibilidade de encontrar outros meios de solução pacífica. A usuária foi detida por policiais, e, respondeu a processo criminal por agressão.

Apesar da grave transgressão da usuária dentro da unidade de saúde, essa permaneceu em acompanhamento. O argumento que fez a defesa de sua permanência é justamente o reconhecimento das dificuldades da pessoa em questão, em relação às suas possibilidades de inserção social:

> *"Depois, passado algum tempo ela voltou e tal.[...]... Ela falou: "Pô doutora chamar a polícia para mim!?". Eu falei: "Eu tenho todas as testemunhas que eu fui tentar tirar a garrafa de você e você não me ouviu, e eu falei que eu iria chamar a polícia e você disse: Pode chamar!. Então chamei a polícia, não foi nenhuma coisa sem conversa" "É" (ela falou) ela usou o termo: "É agora eu tô ferrada". Aí eu falei: "Não, eu acho que é um momento que você vai ter que repensar, em como é que vai ser sua atitude aqui dentro, você vai ter que ver como é que você tem que se comportar para que não aconteça isso novamente". Era uma das pessoas que quando chegava aqui era um auê. Hoje ela chega e ninguém percebe. É lógico que teve um acontecimento no meio. E assim vários exemplos de pessoas que com a convivência e com o*

> *acolhimento.[...]. Não é o acolhimento, mas com a... compreensão das pessoas, elas conseguem até mudar algumas coisas cristalizadas. E essa mesma paciente já tinha me dito que aqui era o único lugar onde ela conseguia com tranqüilidade rir. Era o único lugar que ela podia ir e sorrir. Nos outros locais ela sempre ficava alerta, porque com a cara que ela tem. Segundo ela mesma se descreve: "Preta, feia, gorda, desdentada e falando alto, as pessoas acham que eu sou louca". Então assim, eu acho que a gente aqui tem a oportunidade de alguns resgates. Resgates de pessoas. E muitos fazem isso aqui dentro." (Gerente)*

Na situação em tela temos argumentos apoiados na defesa do reconhecimento da singularidade, fator esse valorizado tanto no discurso da humanização como ainda na perspectiva do Cuidado, e reconhecido de modo geral por esses trabalhadores. Porém, foi também apontado que, ao se respeitar a singularidade, não se deve desrespeitar as regras mínimas que possibilitam a convivência social, condições básicas para o desenvolvimento do trabalho, ponto também que não parece ser discordante. Em nossa leitura, a usuária não esteve isenta de responsabilização diante do ato de agressão, mas essa foi remetida a outra instância não restrita aos fóruns internos da unidade de saúde. Nesse sentido, o argumento que cobrou o assumir "sanção disciplinar" para manter a ordem, foi, de certa forma, respondido.

Quanto à avaliação de seu desfecho, se adequada ou não (ou se razoável), registramos em ambos os discursos, que à primeira vista parecem oponentes, que a usuária mudou sua atitude dentro da unidade de saúde o que pareceu positivo nos dois sentidos: manter a atenção à usuária e o respeito a ordem no local (ver excerto acima) e também como segue:

> *"[...] a paciente continua sendo atendida aqui... Se bem que ela está mais calma, inclusive não sei até quando! Não sei se a médica falou alguma coisa, mas..." (Jandira)*

A busca de soluções razoáveis em situações controversas na linha da ética do Discurso requer a livre aceitação do valor das proposições apresentadas para a realização de formas de vida compartilhadas. Esse fato parece reforçar a necessidade de atentar-se para a singularidade das pessoas envolvidas, porém sem abrir mão da responsabilização dessas diante da necessidade em manter condições adequadas de convivência e de respeito ao espaço que partilham. Nesse sentido, tomando o mundo da vida como o pano de fundo do agir comunicativo, os sujeitos são responsáveis de ações imputáveis, ao mesmo tempo em que são produtos das tradições nas quais se encontram, dos grupos solidários aos quais pertencem e dos processos de socialização nos quais criam e recriam suas tradições (Habermas, 1989).

Por vezes, os trabalhadores se deparam nos espaços assistenciais com pessoas que vivem e sobrevivem em ambientes violentos, e que acabam por reproduzir essas atitudes dentro das instituições, até como forma e estratégia de auto defesa. Embora a discussão da violência não seja nosso principal foco, há que se reconhecer que essas situações representam desafio importante para os serviços, tanto no que se refere às situações dos pacientes que são vítimas desta, e que necessitam de intermediações do serviço de saúde, quanto no que se refere ao seu manejo pelos profissionais no cotidiano assistencial.

4.6.3.1 Possibilidade e impossibilidades dos serviços: a questão da alta administrativa

A alta administrativa foi assumida pelos profissionais nas situações em que os trabalhadores julgaram que o paciente não conseguiu corresponder ao comportamento esperado, fazendo exigências que não conseguiram ser atendidas. Os trabalhadores, nessas situações, reconhecem que foram esgotadas todas as alternativas assistenciais para o caso. A medida gerou muitas dúvidas, uma vez que nem sempre pareceu claro, às razões que impossibilitavam esses usuários de se beneficiar das propostas dos serviços:

> *"Essa é uma situação delicada, porque nem sempre se discerne tão facilmente isso. Mesmo porque assim, eu acredito que muitas vezes, são as duas situações em um mesmo paciente* (ao comentar sobre comportamento inadequado e situações ligadas a crises associadas a quadros psicóticos)*, e isso a gente tem bastante inclusive. Uma coisa que às vezes, a pessoa não percebe que são problemas clínicos que podem levar a alteração de comportamento. Então passa com a psiquiatria casos que tem uma questão clinica por debaixo, acontece às vezes isso. Mas o que eu quero dizer é o seguinte: tem pacientes que realmente tem os... Existem os ganhos secundários, em relação à instituição. Então começam a testar os limites daquela instituição, mas isso a gente percebe geralmente no decorrer. Não é um corte meio transversal, geralmente é uma situação longitudinal em que a gente consegue perceber em alguns casos, pacientes que acabam manipulando,[...]. E que vai testando limites, que é uma questão de exigência. Acabam exigindo coisas que a instituição não tem condições de oferecer. Mas realmente não é fácil, não é tranqüilo a gente diferenciar." (Helena)*

O recurso à chamada "alta administrativa", fazem questão de registrar, não deve ser resultado de intolerâncias ou discriminação, embora por vezes, esbarre-se nessas questões, e nesse caso como estratégia privilegiada, a situação passou por crivos de discussões coletivas:

> *"Antes da alta administrativa a gente tentou é algumas... algumas formas de lidar um pouco com a agressividade, dele com a*

> *insatisfação que ele depositava na instituição, em diversos momentos de diversos... e não foi possível. Então a gente deu uma alta para a pessoa. [...] Há dois anos eu acho a gente instituiu o Conselho Gestor aqui do UR-SUL. Acho que tem uns três anos já. Diversas situações a gente leva para o Conselho também. Inclusive não só para decisão se a gente dá uma alta administrativa ou não. Essa última, do cara da sonda, foi decido no Conselho... Foi o Conselho Gestor que decidiu, que é uma instância muito legal, você têm profissionais e usuários, é uma instância paritária; mas antes disso (da alta administrativa), o Conselho já vinha, além da equipe de referência, a gente tinha um Conselheiro na equipe discutindo... no último anos que o cara teve aqui, praticamente o ano inteiro, acompanhando o caso. Acompanhando o caso. E a gente tentou diversas alternativas. Tanto que para um Conselheiro usuário estar com ele dentro da instituição, mediando algumas coisas. Diversas alternativas, até que o próprio conselho também chegou... Não só próprio Conselho que chegou, todo mundo. A Equipe foi discutir em uma reunião de Conselho e o Conselho chegou a conclusão de que não tinha muito como intervir, para ninguém. Ninguém estava se beneficiando daquela relação. Nem o paciente nem a instituição." (Gerente)*

Desta forma, proceder à "alta administrativa" não é simples. Primeiro por todos os arrazoados de argumentos valorativos que aqui já tivemos a oportunidade de apresentar: Os serviços devem acolher sempre; não deve haver discriminação; deve-se considerar as necessidades dos usuários em suas singularidades, dentre outros. Todas essas diretrizes fazem parte de princípios fortes dessas instituições o que fez da alta administrativa, ato indesejado, e julgado como extremo. Sua realização é, por isso, sempre precedida de muitas avaliações sobre as possibilidades de adequar a assistência às necessidades do usuário.

Pode-se questionar quanto à "legalidade" em termos mais gerais da chamada "alta administrativa". Porém, pareceu-nos que essa tem um caráter demarcador de uma dada ordem, reconhecida pelos trabalhadores e desses na relação com pacientes. Essa "ordem" apóia-se na necessidade de, primeiramente, preservar tanto as possibilidades do trabalho assim como a

norma institucional válida intersubjetivamente. Para dar conta dessa exigência espera-se que a instituição possua mecanismos de soluções de problemas no trato com pacientes que transgridem normas institucionais ou que não conseguem se "beneficiar" do que a instituição pode oferecer:

> *"... Agora eu reconheço também que realmente a gente tem limite [...] Agora nessa coisa administrativa, sei lá... Acho que de repente a instituição... [...] Porque eu sempre fico com essa dúvida. [...]Como será que ele vai se comportar em outro serviço? Será que ele foi pro outro serviço? Porque a gente não faz assim né... Faz contato com o outro serviço, conversa, encaminha dá endereço, fala quem vai procurar. Não é fácil pro outro serviço aceitar o paciente difícil... A gente já negociou isso aqui com um outro serviço municipal próximo da gente... Porque às vezes também tem... Acontece o seguinte: -Ás vezes o paciente entra no esquema aqui que ele também se acostuma sabe... Ás vezes ele também parece que se aproveita um pouco da situação, sei lá, digamos assim, não sei se é isso mesmo, não sei se estou falando corretamente. Mas assim, é... Eu acho que ele se acostuma com o jeito das pessoas lidarem, talvez role um pouco de uma certa manipulação... Fica meio complicado. Às vezes, ele cai em um outro serviço, com outras pessoas e ele não conhece o terreno às vezes ele se orienta um pouco... Pode acontecer isso." (Marlene)*

Para refletir sobre a dúvida apresentada por nossa entrevistada acerca do acerto da decisão, vamos recorrer a um último recurso analítico. Consideramos que, de fato, a decisão acerca da transferência de pacientes devido a questões relativas ao "comportamento", envolve um conflito de ordem moral, como aqui temos tomado, ou seja, coloca em questão o dever em atender sem discriminação a todos, ao mesmo tempo, esse "atender" parece desestabilizar as regras e normas que procuram garantir as possibilidades do trabalho proposto pela instituição para o seguimento de todos os pacientes.

Essa é uma decisão que está apoiada principalmente no saber prático constituído a partir de nossas experiências em busca da "Boa Vida". Por sua natureza não apodíctica, o saber prático *(phronesis)* não pode dar "certezas"

ou corresponder a “verdades controladas”. Mas, ainda assim, quando tomamos decisões apoiadas no saber prático, podemos, como nos ensina Aristóteles, verificar se essas foram prudentes. A prudência, nessa perspectiva, é aquela que quer encontrar a boa medida para as deliberações, e, nesse caso, para que uma decisão seja prudente e razoável teremos que contar com procedimentos que possibilitem a ponderação sobre todas as possíveis implicações que resultarão dessa decisão. Precisamos avaliar se foram incluídos, mesmo que hipoteticamente, todos os interessados e suas possíveis conseqüências. Esse procedimento é o que nos sugere a ética do Discurso habermasiana.

Tomando essa mesma questão, utilizando as indicações da Bioética, poderemos considerá-la como uma questão que envolve deliberação moral. Nas situações que envolvem a deliberação moral, Gracia (2005) chama a atenção para a necessidade de se percorrer uma análise do problema que possibilite a avaliação dos fatos (a situação do paciente considerada em todos os seus aspectos); avaliar as questões que envolvem os valores colocados na situação (no caso: a não discriminação e a garantia de direitos de ser assistido em sua saúde); as questões relativas aos deveres (a instituição tem por dever atender todos os cidadãos). A ponderação sobre esses três aspectos para casos particulares pode ajudar no processo de se chegar a uma decisão prudente.

4.7 Deveres profissionais, modos de vida e escolhas dos pacientes: por dentro da construção dos projetos terapêuticos.

Vamos agora nos ater as relações mais diretas dos profissionais e seus pacientes e eventuais impasses. Esperamos ter deixado claro, que na perspectiva do agente do trabalho, há uma normatividade social que articula norma social ao agir. Nesse sentido, identificamos como horizontes éticos para as práticas, valores de Justiça Social e da Solidariedade. Também vimos que os profissionais reconhecem que para ter sucesso na condução de seus casos tiveram que considerar modos de vida dos usuários, adequando os projetos terapêuticos a esses, o que consideramos um movimento que aproxima o “tratar” do “cuidar”.

A partir daqui, estaremos examinando, mais de perto, algumas questões que dizem respeito ao que se tem priorizado nessa ação: o que foi considerado como justo e correto na condução dos casos e os aspectos que envolveram as decisões dos usuários, ainda que não discutidas no espaço assistencial, mas expressas em atos ou atitudes dos usuários. Por vezes, essas atitudes ou decisão dos usuários sobre a forma de conduzir suas próprias vidas na relação com o tratamento e as indicações dos profissionais, não coincidiram com o prescrito ou esperado. Embora esse fato possa, aparentemente, demarcar apenas um certo “desencontro” entre os sujeitos, ele na verdade remete ao inexorável desafio que caracteriza o trabalho em saúde como imediatamente interação social. Nesse sentido, a condução “autônoma” dos usuários, diante das indicações dos profissionais,

pode não significar fracasso, desencontro, mas, ao contrário, serem indicadores de um ativo movimento dos sujeitos usuários na direção de seus autênticos “projetos de vida e felicidade”, o que não contraria o sentido desejado pelo Cuidado.

Contudo, essas experiências constituíram para os profissionais verdadeiros dilemas, vivenciados como um terreno de incertezas e exigências para além das possibilidades circunscritas aos aportes tecnológicos dos serviços de saúde ou aos protocolos para a assistência.

De qualquer modo, orientamos nossa compreensão a partir do recurso ao problema do **valor** que se quer realizar com essa ação ou, o que se tem realizando enquanto valor nessa ação. Quais seriam os interesses que se tem defendido? Para quais horizontes tem apontado essas práticas?

4.7.1 Descobrindo valores contrafáticos: aspectos implicados no trânsito do tratar para o Cuidar

Um dos primeiros aspectos ressaltados por nossos entrevistados, quando tratou-se das relações diretas desses com seus pacientes, se referiu às dificuldades que vivenciam quanto à adesão dos pacientes ao tratamento proposto, ou à aceitação das recomendações dos profissionais para o caso, por parte dos pacientes. Chamaram a atenção para suas responsabilidades de produzir respostas diante da situação de saúde do usuário, considerando os recursos disponíveis para isso, embora reconheçam que essa possibilidade é dependente das questões afetas às escolhas dos pacientes e

aos contextos de vida desses, que interferem diretamente nos resultados esperados para essa ação, principalmente do controle da doença:

> *"... às vezes eu me sinto assim... de mãos amarradas. Porque você tem o tratamento, tem recursos, mas só que o paciente não tem. Ele não quer viver, ele não quer tratar, começa a tomar o remédio, tem os efeitos graves! E aí eles ficam... e desistem [...] E aí você se sente impotente. Você não pode obrigá-lo, convencê-lo você não consegue, então têm muitos casos disto. [...] e assim, às vezes você se sente impotente. Você faz, faz, orienta, pede [...] Pega na mão, pega na mão né! – Olha! Tem que ser assim, e dá os horários, as dosagens tudo e não adianta, ele volta cada dia pior..."(Tatiana)*

Não se trata aqui de voltarmos a análises de que o tratamento da saúde parece restrito a visões higienistas, ou exclusivamente centrado na doença, desconsiderando quem é o sujeito da intervenção ou seu aspecto relacional, mas, destacar justamente que, por reconhecer o sujeito em suas particularidades e a sua forma própria de considerar o tratamento, sua saúde, vida e morte é que torna essa, tarefa difícil aos olhos dos profissionais:

> "*Desde situações assim que você vê, você quer ajudar, você acaba fazendo uma visita domiciliar e você fica... "Pelo amor de Deus como é que eu vou ajudar..."[...]. Daí foi a assistente social e a enfermeira, foram na casa fazer visita. E ele dizia que queria se tratar, mas não tinha tempo agora. O cara tava mal, mal. As duas olharam para a cara dele. Esse cara precisa internar. E ele falava assim que ele tinha medo de sair de casa porque a família dele estava[...] ameaçada e é uma situação que você não sabe como intervir, é tanto que umas duas ou três semanas depois ele veio a falecer.[...]. Mas é todo dia elas vinham na minha porta, o que a gente pode fazer, ele tá mal, ele está precisando de ajuda mas ele não quer sair de casa. Essa é uma situação ruim, quando o profissional acha que o outro precisa de ajuda e o outro por algum motivo, ou não reconhece ou não quer a ajuda. Essa situação é uma situação que tira o sono das pessoas principalmente no momento extremo..." (Suzana).*

Se, no início, a angústia dos profissionais, era provocada principalmente pelas limitações de recursos para intervenções clínicas, agora, o desafio pareceu ser conciliar a disponibilidade do tratamento e recursos disponíveis às questões ligadas à vida dos pacientes, seus

contextos e suas decisões, não sendo essa uma intervenção possível de ser realizada a partir de uma única ótica:

> *"Na situação ambulatorial estou eu e você em um consultório, e a gente... somos nós dois* (se referindo ao médico e seu paciente)*. [...] O caminho que a gente traça somos nós dois que traçamos [...]" (Suzana)*

Aproveitemos essas considerações sobre o "como" se dá a construção do projeto terapêutico em seus encontros e desencontros, para destacar o aspecto *imediatamente relacional* inerente à prática, implicando em relação que se dá a partir da *linguagem* enquanto o meio desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos (Ayres, 2001). Esse aspecto nos remete ao entendimento de que estamos imersos em diálogo, o que nos desafia a lidar positivamente com a alteridade[43] revelada quando do desencontro entre pacientes e profissionais. De modo geral, nas situações onde não há correspondência por parte dos pacientes, às indicações dos profissionais, essa não correspondência, é tomada como de "fracasso" dos profissionais em suas intervenções mediadas pela linguagem. Nesses casos:

> 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

[43] Martin Buber e Emmanuel Lévinas, são teóricos de referência para a teoria da alteridade. Em Buber (1923), encontramos a dicotomia eu-isto e eu-tu, a primeira encerrando a relação de reificação do outro, dentro da qual este é inscrito na linguagem do eu como objeto ou coisa, tendo, assim, negada a sua condição humana. A relação humanizadora, contudo, configurada no par eu-tu, apesar de reconhecer a condição ética de igualdade que garante a identidade do eu, não se realiza como espelhamento, e sim como reconhecimento do outro enquanto tal. Emmanuel Lévinas: "Nós não é o plural de eu", afirma este pensador (Lévinas, 1954, p. 62), evidenciando com isso que a presença do outro, metaforizada na noção de rosto, se dá exatamente pela sua diferença em relação ao eu. O outro é, então, presença de alteridade: diferença, estranheza, novidade, contrariedade, infinitude, ignorância (Signates, 1998). A alteridade, não é uma escolha que se possa fazer. Toda alteridade é eventualidade inevitável, porquanto a heterogeneidade é constitutiva do mundo humano, que é mundo intersubjetivo, feito de relações. (Signates, 2002, Comunicação e Paz. Disponível em http://www.ipepe.com.br/paz.html)

> o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e nos aproxima desse outro [...] 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 vínhamos mantendo torna tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, porque esse pequeno diálogo é tão ineficaz (Ayres, 2001: 68).

Vamos lembrar as indicações de Habermas (2003) a partir de sua Teoria da Ação Comunicativa, que indica a busca do entendimento mútuo por meio da linguagem. Sendo o entendimento nosso desafio primeiro, teremos que considerar os proferimentos em três níveis de validação intersubjetiva. Em nosso caso, podemos traduzir essa exigência da seguinte forma: na aceitação por parte dos interlocutores de que projetos de mundo e de vida expresso em um proferimento são corretos do ponto de vista ético, moral e político (aspectos normativos do discurso - ou de correção normativa); que se trata de fato do que é verdadeiro ou é expressão da realidade, o fato em questão (aspectos relativos à verdade proposicional) e que expressa autenticamente a perspectiva daquele que profere o discurso (aspectos da autenticidade expressiva).

Para a construção de projetos terapêuticos singulares e de mútua responsabilidade, ou de responsabilidades efetivamente partilhadas, parece necessário colocar em discussão os sentidos da correção normativa dos discursos dos profissionais relacionados ao conhecimento/controle da doença frente aos projetos de mundo e de vidas de quem é assistido. Isso não quer dizer que os profissionais devam abrir mão da perspectiva normativa que orienta sua ação para o *sucesso técnico*, mas deve avaliar essa ação em relação ao desafio de caminhar na direção de *sucessos*

práticos que podem tornar efetivo o *sucesso técnico* visado (falaremos dessas duas noções mais adiante), e que não se definem de antemão.

Vamos voltar ao relato de nossos entrevistados, tomando essa exigência de construção conjunta de projetos terapêuticos que consideram projetos de mundo e de vida. Pareceu a nossos entrevistados que essa não é tarefa simples de ser empreendida, na medida em que, ainda que se busque respeitar às decisões dos pacientes, nem sempre esses consideraram necessária sua opinião acerca dos termos do tratamento e esperaram dos profissionais posicionamentos claros e precisos na condução de seus casos:

> *"E aí eu passei a discutir com os meus pacientes a decisão compartilhada, que não é fácil, porque muitos deles não querem. Quando você discute a decisão compartilhada eles falam assim: "Ah não doutora! Eu não quero. Eu não quero decidir isso. A Senhora decide..."[...] Tem vários que fazem isto [...]" (Marlene)*

Ou ainda, quando esses usuários, não expressaram dessa forma suas demandas, mas esperavam do encontro ou da consulta, indicações dos profissionais para além das recomendações estritamente ligadas ao tratamento:

> *"No meu caso, entre eu e os meus pacientes, eu acabo sabendo muito da vida deles e participo e tal. [...]. Então eu sinto que muitas vezes eles vêm ao posto para serem norteados, para receber um norte na vida. Esse norte é, têm haver com tudo. Não é só o norte de nortear o tratamento ou de encaminhar os pacientes... [...] os nossos pacientes são carentes de tudo e a carência principal deles é.... são todos os tipos de carência... Então nortear as suas próprias vidas tem haver com, não só ....com ...encontrar um caminho que permita que eles se curem ou que eles se estabilizem, mas também implica em encontrar suporte afetivo é... encontrar orientação para suporte econômico é... e até discutir problemas de ordem pessoal para tentar encontrar rumos e perspectivas nessa área também. Então muitas vezes o que eles menos querem na consulta é uma consulta formal, muitas vezes eles vêm para conversar e daí é que acaba, às vezes,...é.... dificultando um pouco o andamento das consultas." (Etiene)*

A questão da percepção do usuário como alguém com muitas carências discutiremos mais adiante, por ora vamos nos ater a três possibilidades de compreensão das bases em que se dá essa relação usuários-profissionais com finalidades de estabelecimento de projetos terapêuticos singulares: A primeira se refere às relações de **confiança** estabelecidas no espaço dos serviços de saúde, sem dúvida necessárias, e que integra o cotidiano da vida em comum de diferentes formas; a outra, pode ser atribuída aos sentidos reconhecidos ao "**saber médico"** como aquele capaz de indicar o "melhor" caminho para a saúde de seu paciente por ser este profissional reconhecido como guardador de "verdades inquestionáveis", já que apoiado nas ciências. Por último, e não menos importante, o reconhecimento de relações apoiadas em **vínculos** estabelecidos ao longo do tempo em que se acompanha o paciente. Nesse caso, o profissional médico é demandado para opinar também sobre a vida de seus pacientes. Essas possibilidades de interpretação estão amparadas em certezas não problemáticas do mundo da vida.

Comecemos pela **confiança**. Conforme registra Nunes (2006), vivemos em redes de confiança, na malha quase invisível da sociedade, sem nos questionar sobre esse fato. Podemos dizer que a **confiança** é aquilo que depositamos em alguém (ou em algo, por exemplo, em uma instituição) e damos a chance ou a oportunidade desse alguém corresponder ou não às nossas expectativas. Por exemplo, ao fazer uma viagem aérea, confiamos que a aeronave esteja em condições de realizar a viagem e que seu comandante seja habilitado para conduzi-la, ou quando deixamos as

crianças em escolas, confiando que essas serão educadas e bem cuidadas, ou ainda quando vamos a um serviço de saúde, contamos que os profissionais procederam em prol do “melhor” para a nossa saúde. Nesse sentido, o que Nunes (2006) nos apresenta é que sempre contamos, previamente, com o reconhecimento de uma certa competência que nos interessa de antemão e que utilizaremos, sem imiscuir-se nos detalhes de como será o processo para atender nossas expectativas ou necessidades. A confiança é de fato o resultado de **“promessas cumpridas”.**

Assim como as promessas cumpridas consubstanciam as razões implicadas na confiança, o fato dos usuários permanecerem em acompanhamento por um longo tempo, e no caso principalmente do profissional médico, por um mesmo profissional, possibilita o conhecimento e reconhecimento entre esses sujeitos, para além da instrumentalidade inerente a este encontro, com intencionalidades formais pré-definidas. A formação de **vínculos**, entre profissionais e seus pacientes pode ainda ser compreendida na perspectiva da **dádiva** inerente às dimensões relacionais, como tratada pela antropologia de Marcel Mauss. Em seu *Ensaio sobre a Dádiva* (1924), Mauss, defende a tese de que a constituição da vida social está pautada por um constante **dar-e-receber** e nas possibilidades de aliança implicadas nessa prática.

> Já a epígrafe do Ensaio exprime uma dialética inerente à dádiva: ao receber alguém estou me fazendo anfitrião, mas também crio, teórica e conceptualmente, a possibilidade de vir a ser hóspede deste que hoje é meu hóspede. A mesma troca que me faz anfitrião, faz-me também um hóspede potencial. Isto ocorre porque “dar e receber” implica não só uma troca material, mas também uma troca espiritual, uma comunicação entre almas. É nesse sentido que a Antropologia de Mauss é uma sociologia do símbolo, da

> comunicação; é ainda nesse sentido ontológico que toda troca pressupõe, em maior ou menor grau, certa alienabilidade. Ao dar, dou sempre algo de mim mesmo. Ao aceitar, o recebedor aceita algo do doador. Ele deixa, ainda que momentaneamente, de ser um outro; a dádiva aproxima-os, torna-os semelhantes (Lanna, 2000:176).

O que nos chamou a atenção nessa formulação é justamente a noção de **reciprocidade** implicada na dádiva. Nessa perspectiva, necessariamente, há que se reconhecer sujeitos que "tem o que trocar" nas relações, que seja a satisfação do encontro, os reconhecimentos mútuos, a amizade, as cumplicidades:

> *"Então você vê que muitas vezes essa convivência é na verdade mais próxima, eu não digo misturar as estações não, mas eu acho que muitas vezes a gente tem vários papéis que a gente desenvolve. Não é só médico, acho que tem vários papéis, não é só receita, não é só [...]. Têm algumas situações que são muito divertidas, eu dou muita risada com meus pacientes. Brincando um pouco com algumas coisas sérias, mas eu rio muito com meus pacientes. Tem uns que o pessoal pergunta: "Mas que tanto vocês dão risada?!".Coisa boba mesmos, que no dia-a-dia é... São detalhes de relacionamento que viram piada entendeu [...]" (Maria da Penha).*

Uma outra dimensão da relação assistencial que se busca, não só como reciprocidade nesse sentido que tratávamos acima, é algo inerente à produção de respostas a necessidades socialmente criadas e respondidas pelo trabalho tecnocientífico. Trata-se do reconhecimento de onde principalmente a medicina extrai sua legitimidade social, sua capacidade de responder ao sofrimento humano (Mattos, 2001). A confiança no **"saber médico"**, como acima referido. Esse trabalho, valorizado por seu conteúdo científico, é tido como capaz de, objetivamente, produzir o "Bem" esperado. Essa "certeza" se apóia na aposta na capacidade da razão instrumental e no sucesso das possibilidades tecnológicas expressas nos resultados obtidos

pela medicina, que consubstanciam critérios de validade, com pretensões universais.

Quando esses critérios com pretensões de validade universal são colocados em discussão com usuários, isso parece causar um certo estranhamento. Mas o que de fato se deve (ou se quer) colocar em discussão não é, exatamente, os possíveis resultados comprovados a partir da indicação desse ou de outro tratamento, mas aspectos que se referem a questões da vida prática. Nesse sentido, são as escolhas e decisão entre possibilidades que se quer problematizar, tendo sempre relação com o "ser" de cada homem e mulher atendidos. A ciência nos fornece "verdades controladas" e a prática exige de nós decisões acerca da vida que se quer ter, trazendo para o cerne da questão a auto-compreensão do homem que defende seus próprios direitos, assim como, seus próprios valores (Gadamer, 2002).

Vale lançar mão de mais um recurso analítico que nos é apresentado por Ayres (2001, 2004c, 2005). Trata-se das noções do que chamou de *êxito técnico* e de *sucesso prático,* como dimensões analíticas para as práticas em saúde na perspectiva do Cuidado. A idéia *de êxito técnico* está ligada aos elementos que interferem na saúde e que podem ser conceituados e tomados como objetos passíveis de intervenções controladas, campo privilegiado das ciências nomológicas. Já a idéia de *sucesso prático*, nos remete para o caráter ético e político das práticas de saúde, tomada como *práxis,* isto é como exercício de *escolhas* e nesse caso, escolhas compartilhadas de modos de vida: é disso que trata os sentidos que se quer

atribuir ao *sucesso prático* para as práticas de saúde na dimensão do Cuidado.

Voltemos agora aos nossos relatos de campo e vamos nos ater a mais uma situação, de modo a exemplificar como essas duas noções se expressam na prática e como se juntam a outras necessárias conceituações. O exemplo que vamos discutir é de um caso onde o tratamento medicamentoso correspondia ao esperado do ponto de vista do controle da replicação viral do HIV, mantendo a usuária com imunidade preservada. Mesmo assim, a paciente demonstrava insatisfação, devida a mudanças na sua aparência física, como efeito do uso da medicação:

> *"Lipodistrofia, a primeira vez que quando eu soube da lipodistrofia aqui, uma paciente minha chorou, aqui na frente, que ela estava feia, não sei o que; e eu falei: - "Mas o importante é que o que? Você está viva, aqui, criando seu filho você tinha tanto medo de morrer, antes de criar seu filho... Você está com saúde agora, você está com o CD 4 alto, com carga viral indetectável, você está super bem, você vai viver muitos anos aí pela frente, vai ver seu filho criado. O que é mais importante a sua aparência do que a sua saúde!? (L – E ela?) "Ah, porque não sei o que doutora eu também estou feia...Eu...." Aí depois eu fui pensar, pensar. Mas assim... Humm como eu fui cruel! Então essas coisas a gente aprende... Agora, eu já sei." (Marlene)*

Quando, nesse exemplo, a usuária apresenta como motivo para sua insatisfação questões para além do controle da doença, está a exigir um reconhecimento de sua presença, valorizando outros aspectos da vida a serem considerados. Recolocou, a seu modo, outros sentidos que atribuía a seu "bem estar". Retornemos a nossa discussão acerca do Cuidado (e também às noções de sucesso prático e êxito técnico) e acrescentemos a ela a idéia de *projeto de felicidade* como um valor contrafático. Quando nos movemos do pólo tratar para o cuidar, na perspectiva que aqui defendemos, também fazemos um outro movimento que é valorizar a experiência vivida,

experiência essa, não restrita, nas palavras de Ayres (2005), “a um estado de completo bem-estar ou de uma perfeita normalidade morfofuncional”. O valor aqui que se quer realizar, não está pré-definido, mais é antes **contrafático**:

> Esse neologismo, de caráter conceitual, deriva da filosofia de Habermas (1990), que lança mão da expressão sempre que busca referir-se a “valores quase transcendentais”, isto é, a idéias éticas e moralmente norteadoras, de aspirações universais, mas construídas a partir da percepção do valor para a vida humana de determinadas idéias ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que essas são obstaculizadas, negadas por alguma experiência concreta. Isto é, elas são percebidas justamente porque foram negadas e, ao serem, mostram-se fundamentais. (Ayres, 2005: 551).

Projetos de felicidade, nesses termos serão acessíveis apenas na medida em que se reconheçam obstáculos concretos a realização de valores associados à experiência dos indivíduos. É, nesses termos, que buscamos sucessos práticos ou existenciais, em contraponto a exclusividade da idéia de êxito técnico (Ayres, 2001).

Essa posição, porém, não quer dizer que se abandone a perspectiva do “êxito técnico”. Há que se ter respostas tecnológicas eficientes para o controle da infecção. O que se acrescenta são outras exigências a esse controle, apresentadas tanto para quem opera o trabalho, como desafiando estudos e pesquisas para a criação de “arsenais” tecnológicos que possam ir ao encontro dessa demanda.

No exemplo explorado, é importante registrar que, a partir do reconhecimento do sofrimento das pessoas vivendo com HIV/aids com as alterações no corpo, provocadas pelo tratamento ou pela própria doença, resultou na incorporação às respostas assistenciais, da oferta de cirurgias

estéticas, que objetivam reparar os efeitos da lipodistrofia[44], desde meados de 2005.

Há ainda um último ponto desse excerto a ser comentado: trata-se da "certeza" de nossa entrevistada, quanto ao medo de sua usuária em relação à própria morte, aparentemente, questão que preocupava quando do início do tratamento, ou das primeiras angústias apresentadas diante do diagnóstico. Não há dúvidas que nossa entrevistada reconhecia a paciente em sua singularidade, porém, talvez tenha orientado sua avaliação, em relação aos valores que atribuiu à paciente, numa perspectiva de um "sujeito" fixo, isso é, sempre igual a si mesmo. Segundo Ayres (2001) essa é uma perspectiva bastante usual, no campo da saúde. O entendimento acerca dos "sujeitos" de nossas intervenções freqüentemente se apóia na idéia de permanência de um sujeito com uma identidade que seria sempre a mesma através dos tempos, moldada por ações voluntárias e produzida como conquista estritamente pessoal. Sob a proposição teórica do Cuidado, Ayres sugere o reexame dessa idéia de sujeito, partindo de outras bases filosóficas (Ricoeur 1991; Habermas 1990; Gadamer, 1996), subsumindo a idéia de permanência (identidade-idem), pela idéia de contínua reconstrução de identidades a partir das relações (identidade-ipse), ou, em outras palavras, a idéia de que nossa "identidade" se (re)constrói continuamente na relação com outros seres humanos e na relação com o mundo que se

[44] A Lipodistrofia é definida como uma síndrome que acomete pessoas soropositiva e tem como principal característica a má distribuição da gordura corporal. Em dezembro de 2004 foram incluídos na tabela SUS (portaria 2.582), procedimentos como de preenchimento facial com polimetilmetacrilato; a lipoaspiração de giba (gordura acumulada na base do pescoço, que deixa os pacientes corcundas; lipoaspiração da parede abdominal; redução mamária; tratamento da ginecomastia; lipoenxertia (enxerto de gordura) de glúteo; reconstrução glútea; preenchimento facial com tecido gorduroso, adotados para tratar da lipodistrofia).

habita. Nesses termos, não se trata do sujeito como o *mesmo*, mas aquele que se identifica *pelo mesmo* (Ayres, 2001).

A proposta recoloca a questão da subjetividade do sujeito em termos de **intersubjetividade,** considerando o caráter imediatamente relacional e contingente das identidades e historicidades de indivíduos e grupos (Ayres, 2001). A ênfase no aspecto relacional e comunicacional, como tratado em Habermas (2003) permite tomarmos esse sujeito a partir de suas relações com o mundo, relações essas não estáticas, mas dinâmicas, e, por assim dizer, como uma racionalidade dialógica sempre em curso.

No espaço assistencial, tanto paciente como profissional estão envolvidos nesse diálogo em curso. Na perspectiva habermasiana o entendimento intersubjetivo entre sujeitos capazes de falar e agir, buscam potenciais de emancipação nas interações do mundo da vida, do mundo cultural do mundo das interações mediadas pela linguagem, que possibilitam o exame e o reexame da própria ação sob uma perspectiva de reciprocidade de direitos e deveres.

A auto-crítica que posteriormente nossa entrevistada fez da situação, pode ser considerada como um dos resultados que essa dimensão toma quando estamos atentos e consideramos essa dinamicidade.

4.7.2 Casos de pacientes difíceis: o que está em questão?

Adensamos a análise tomando o referencial do Cuidado para a compreensão de quais valores que se quer realizar no contexto assistencial.

Nessa perspectiva, chegamos à idéia de valores **contrafáticos,** apresentando exemplo de como esses valores podem estar expressos nas vivências dos profissionais a partir de suas relações com os usuários. Também descobrimos que as relações intersubjetivas entre profissionais e pacientes podem estar apoiadas, primeiramente, em relações de confiança, e em vínculos. Recorremos à noção da dádiva para a compreensão do que se "troca" nessa relação (reconhecimento, considerações, afetos, cumplicidades) para além da instrumentalidade do encontro terapêutico, o que possibilitou evidenciar outros sentidos humanos dessa prática. Também descobrimos que o respeito às decisões dos usuários, colocou em questão as intencionalidades do trabalho e seu êxito técnico, apontando para a questão dos projetos de felicidade dos usuários, do qual dependem tanto a dimensão técnica como prática.

Vamos, agora, mais adiante com a idéia das relações que são estabelecidas entre os profissionais e seus pacientes, tentando compreender, ainda, outros elementos dessas relações de confiança depositadas nos profissionais.

No entendimento de nossos interlocutores a confiança depositada pelos usuários nos profissionais e no serviço pode, também, ser atribuída ao reconhecimento do serviço como um local de referência positiva, por vezes, única na vida daqueles usuários:

> *"Então eles vêm muitas vezes, não é porque resolveram retomar o tratamento vêm porque precisam do laudo, porque vai vencer a carteirinha* (para isenção tarifária do transporte público)*. Então eu já digo logo: "Então hoje você veio atrás do laudo né?" E ele diz: "Não, não, não é só isso, eu quero voltar a tratar mesmo e tal (em um tom de pedir desculpas)" . "Tudo bem você quer mesmo? Então vamos repetir os exames e tal". E a gente vai estabelecendo isso aí. [...]. E aqui é um local decente e isso acho que pesa muito,*

> *esse local é um local decente. Então onde as pessoas que já passaram por aqui como pacientes e se eles abandonam, mas se eles tem alguma dificuldade eles vão dar um toque eles vão dar uma chegada. Passa a ser uma referência para eles de vida mesmo assim: "Eu estou com dificuldade eu vou lá". Alguma coisa boa pode ser que me ajude por lá. Ou o médico ou o serviço social ou a psicóloga ou sabe..., passa a funcionar como uma referência, coisa que eu acho extremamente importante." (Saulo)*

O aspecto de referência positiva para a vida, como já discutimos acima, por vezes, atribuiu aos profissionais outras responsabilidades diante de seus pacientes. Nessa direção, essas responsabilidades são tomadas como uma exigência do trabalho em saúde atinente ao princípio da "integralidade" na assistência. Dessa forma, compreenderam como necessário contribuir para soluções de situações que não dependiam exclusivamente das competências ou possibilidades "estrito senso" do serviço de saúde ou daquela equipe, o que aparentemente foi e é um desafio institucional:

> *"Agora dentro dos desafios institucionais, acho que têm vários, mas acho que um que é gritante [...], é a atenção a alguns casos de pessoas que são usuárias de drogas, que fazem uso abusivo de drogas e que ao mesmo tempo tem problema social grave, não tem vínculo com a família, não tem nenhum, nenhuma fonte financeira para se... Então morador de rua, sem vínculo familiar, sem uma rede familiar também de apoio, que não consegue, por exemplo, se beneficiar da oferta de Casa de Apoio, ou de tratamento para droga, seja, os recursos sociais que existem [...]. E que eu acho que é um grande desafio, que também é gerador de muita tensão dos funcionários [...]. Então como lidar com isso, e ao mesmo tempo não deixar que as abordagens que são feitas fiquem só nas respostas individuais, para cada situação. Eu acho que individualmente, ou mesmo como núcleo, seja do ponto de vista da psicologia, do serviço social, dos médicos, então eu acho que é feito, minimamente, as abordagens que são preconizadas. Então você tem que apoiar o paciente, o paciente tem direito de ter a oferta integral de tudo o que a rede possui, então a gente oferece. Não estou dizendo que haja a adesão com relação a isso. A questão é como lidar quando o resultado que a gente espera não acontece [...] Atende o paciente, discute com ele a importância de se cuidar de cuidar da saúde dele, de se sentir um sujeito, usuário e tal, e o paciente não toma remédio, admite que está negociando a medicação, e ai, devolve a questão para você: "Mas isso não é problema só meu, como vocês se colocam para me ajudar, eu quero que vocês me ajudem!" Então lidar com o paciente que pede ajuda, mas não consegue usar os recursos que a gente consegue oferecer ou que a gente entende que são os meios possíveis. Como lidar com isso, não tem uma resposta, acho que é um fator gerador de um outro tipo de angústia, que é*

> *assim como a gente conseguiria encontrar respostas que não está dentro do script. Porque o script é: vou defender e realizar o meu trabalho de acordo com os princípios de que as pessoas têm direitos, o serviço é uma instituição pública, um equipamento social, vai funcionar, vai tentar fazer com que as coisas aconteçam, para atender a pessoa do ponto de vista das necessidades integrais dela como pessoa. E quando isso falha, como a gente lida com isso? Eu estou falando dessa angústia, e ao mesmo tempo, tentar manter a objetividade, como não se perder na questão das limitações pessoais, individuais, que eu tinha falado que podem gerar uma atitude de negação: "isso não é problema meu" ou por outro lado até que ponto é possível encarar essas situações limites como: "é um problema meu sim, mas que também tem limites, como reconhecer os limites." (Filomena)*

O encaminhamento dessas questões a partir do reconhecimento dos limites tanto da instituição como dos profissionais, ainda provocou desconfortos entre a equipe, pois que, no esforço de encaminhar questões mais difíceis, principalmente do ponto de vista da inserção social de alguns pacientes, por vezes, se assumiu atitudes individuais, não acordadas, que foram julgadas como impróprias ao que seria da competência do profissional ou da instituição:

> *"Só que aquelas atitudes que as pessoas tomam muito repentina! (referindo-se as situações onde o profissional desrespeita acordos entre a equipe no encaminhamento de um caso) Parece que não... não já foi combinado isto!?... Não, mas se já foi combinado isto, eu posso até achar que pode fazer diferente, mas se foi combinado, está combinado... Então parece que não tem [...] esse raciocínio de estar respeitando combinados... Então isto também dificulta [...] Essa coisa de proteger demais... Muita proteção às vezes atrapalha... Aí o que que é? – O paciente acha que ele é dono de tudo...[...].(referindo-se a caso de um paciente egresso da prisão) É assim, uma colega, falou assim que ela foi na prisão lá, pra resolver as coisas dele, eu acho que até pagou advogado para tirar ele, uma coisa assim, e que ela ia buscar ele no bar, porque ele estava bebendo demais. E ela falou assim: - Ah! mas agora ele voltou, mas agora ele fica lá na Praça das Rosas e tem que arrumar alguém pra ficar com ele, pra ficar cuidando dele. Eu falei assim: - Escuta aqui! Agora você acha que tem que ser babá do paciente!? Se ele voltou, ele vai fazer o tratamento como todo paciente. Como se atende os outros pacientes dentro das normas. Eu falei: - Eu não estou aqui pra ficar de babá, ficar lá na Praça paparicando paciente, eu atendo paciente, sem ser babá dele. Eu atendo paciente, sem dúvida, dou o passe pra ele, até aconselho ele um pouco, falo: - Não, você precisa sair dessa vida, mudar de vida, se você acha que não deu certo e tal. Mas não vou ficar lá*

> *praça " nana- nenê", não, uns homens velhos de 50 anos, dá licença né!" (Joana)*

Ainda temos, a título de exemplos dessas situações onde, supostamente, se "extrapola" os limites institucionais, relato do SAE - Leste, onde os trabalhadores se mobilizaram para atender um de seus usuários:

> *"De repente esse paciente começou a faltar [...]. E ele mesmo contava que estava desempregado. Então o paciente mesmo começou a decair. Ou a partir de uma desgraça social dessa de desemprego, o que não é nada raro. A partir de uma desgraça econômica segue-se outras desgraças. Então pode até ter sido isso mesmo que...a personalidade já tinha um passado meio difícil. Aí desequilibrou. Sei que de repente ele ficou muitas vezes sem vir. E de repente começou a chegar aqui imundo, mendigo, morador de rua, emagrecido, clinicamente ruim, com diarréias com isso com aquilo e tal. E foi feito um trabalho imenso com ele na unidade sabe. A enfermagem, de dar banho nele aqui, de arrumarmos roupas, de tudo sabe de alimentar. Ele passou a freqüentar a unidade diariamente, vinha de manhã para tomar o lanche e outro lanche, e outro lanche, trocar de roupa e isso e aquilo. E comigo ele vinha vindo também. Eu estava sempre vendo no corredor. Passava comigo, eu estava pedindo exames, eu estava refazendo os exames dele, ele tinha tido uma queda de CD-4, mas ainda não era hora de entrar com medicação, as outras doenças eram coisas passageiras, ligadas mais ao hábito de vida. Ele contou das drogas, ele tinha voltado com tudo, a todas coisas e tal, porque ele estava totalmente desequilibrado. E aí esse paciente, com quem eu não tive nenhum entrevero, no meio dessa coisa toda de repente, começou a sumir algumas coisas da unidade. A televisão das crianças, o microondas da cozinha [...]. E ele foi pego assaltando a unidade em uma madrugada. Ele conhecia toda a unidade já e... Está preso até agora e nós não temos nem notícias dele. Foi preso, foi pego com a boca na botija, na madrugada pela segurança e tal e tal. Então foi um paciente que nós aqui na unidade acho que atuamos da forma mais correta possível e não teve.Acho que do ponto de vista nosso, da nossa atuação, a gente atuou de forma correta apesar de todas as dificuldades e por ser um paciente difícil [...], mas nós não conseguimos segurar a onda também né. Nem sempre a gente dá conta..." (Saulo)*

É unânime, em um serviço e em outro, que os pacientes mais "difíceis" são os chamados usuários de drogas ou dependentes químicos. Isso porque esses usuários colocam como desafio para os serviços e seus profissionais, readequações constantes das propostas assistenciais, renegociações dessas propostas para viabilizar a atenção e, por vezes, são esses que

fazem com que mais rapidamente os profissionais e serviços questionem-se sobre os limites institucionais. Eles também evidenciam a falta de alternativas assistenciais do ponto de vista de rede de serviços e de apoio que possam ser utilizadas para atender as demandas peculiares desses usuários. As dificuldades apontadas pelos profissionais em relação a possíveis abordagens de pacientes com dependência química nos serviços de atenção especializada para HIV/aids, também foi relatada em estudo de Lima et al. (2007), onde os depoentes revelaram que de modo geral os profissionais dos serviços especializados em DST/aids, não se consideraram capacitados para responder as demandas dos usuários de drogas.

Mas, o que se quer dar conta a partir das situações apresentadas? Seria garantir a atenção integral? Busca-se responder a todas as necessidades dos usuários? Estaria em reforçar um fazer que se pretende solidário, reconhecendo princípios como o da dignidade humana? Ou seria ainda, uma aposta na retomada da autonomia reconhecida, mas, provisoriamente, negada?

Um primeiro ponto que merece ser problematizado é a própria noção de integralidade, traduzida como oferta de todos os serviços disponíveis na rede de atenção para os usuários, associada à noção de direito deste, como demarca nossa entrevistada do primeiro excerto desse bloco.

Designando um dos princípios do SUS, o termo integralidade expressa bandeiras de luta do Movimento Sanitário[45]. Dado seu caráter polissêmico, o

[45] Conforme registra Mattos (2001), o texto constitucional de 1988 que estabeleceu o SUS, não utiliza o termo integralidade, mas atenção, ou atendimento integral apontando para a necessária interligação entre ações preventivas sem prejuízo das ações assistenciais. Nesse termo define integralidade como

termo integralidade quer denominar mais um movimento que busca criar um sistema de saúde justo que concretize o ideário expresso no texto constitucional (Mattos, 2001). Embora seja disso que se fala quando tomamos os documentos oficiais, o sentido que nossos agentes querem dar a essa definição está mais próximo à idéia de não se reduzir o paciente a sua patologia ou sua queixa, ideários próximos dos Movimento de Medicina Integral e da Saúde Coletiva. Esse movimento foi responsável pela crítica a posturas fragmentárias e reducionistas presentes nas abordagens da medicina, decorrentes da própria racionalidade médica tipicamente moderna, ou seja, apoiada quase que exclusivamente, nos conhecimentos das ciências biomédicas (Mattos, 2001).

Nossos agentes também parecem atribuir ao significado da integralidade a necessidade de produzir respostas ou contribuir para atender "todas" as demandas que causam impactos desfavoráveis, direto ou indireto na saúde e na vida dos usuários, o que, em certa medida, não encontrou possibilidades internas. Esta situação foi observada principalmente, quando se tratou de situações onde as necessidades apresentadas, foram de melhorias nas condições gerais de vida e amparo social, para então, haver melhorias nas condições de saúde, o que aponta para desafios intersetoriais e para políticas públicas de suporte.

Mas esse entendimento traz algumas complicações para o estabelecimento de relações intersubjetivas "produtivas", no sentido de apontar para realização de valores contrafáticos. A dificuldade reside em

---

um conjunto articulado e continuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

tomar os usuários como sujeitos - além de sujeitos de direitos, também sujeitos com potenciais emancipatórios, capazes de movimentos em busca de respostas para suas demandas. Em sentido diverso daquele que tratamos anteriormente, quando chamamos a atenção para a dimensão do reconhecimento mútuo dos sujeitos a partir da discussão da dádiva, aqui, ao considerar o usuário como portador mais de *necessidades* do que de *potenciais* e tomando os profissionais e os serviços como "únicos" responsáveis por aquela resposta, se reproduz, de certo modo, as assimetrias das quais se quer escapar. Os afetos aqui colocados (afetos no sentido de ser afetado por; importar-se autenticamente com algo ou alguém etc...) dão conta, por um lado, do necessário envolvimento dos profissionais com seus usuários, e por outro, tomam esses usuários, mesmo que provisoriamente, *como necessitados e incapazes* passiveis, portanto, de tutela.

Em outro lugar (Oliveira LA et al., 2005) examinamos a idéia da Compaixão, tal como apresentada por Caponi (2000), quando analisou as motivações éticas que fundaram diversas modalidades observadas na história de assistência médica aos necessitados. Ora apoiadas na compaixão, ora como caridade, ora como utilitarismo filantrópico, a atitude de compaixão tende a recriar relações de forte dominação e assimetria entre assistidos e assistentes. Fazendo a crítica a esses modelos, a partir de sua genealogia, a autora buscou demonstrar a tese de que o caminho para a produção do novo não se resolve a partir apenas das *boas intenções* que essas práticas possam expressar, mas impõe a necessidade de trazer à luz

o que está oculto nas formas aparentemente naturais de interferência sobre a existência. O desafio, nessa perspectiva, seria de superar práticas assistenciais de saúde que reproduzem uma racionalidade baseada em relações de subordinação, que de antemão, tomam aquele que é assistido como *debilitado*, não só do ponto de vista de sua saúde, mas em sua existência.

Claro que essas considerações não têm caráter avaliativo das situações que trouxemos nos exemplos dos excertos. A intenção aqui é registrar que os *afetos* podem revestir de diferentes contornos as relações, interferindo no valor que se quer realizar com a ação. Quando queremos produzir intervenções apoiadas em princípios como o da solidariedade, que é fundada na vontade de universalizar a dignidade humana, ou justiça, apoiada na idéia de uma comunidade com interesses comuns, os valores a serem realizados são necessariamente partilhados e partilháveis em princípio.

Realizar ações que beneficiam o Outro na perspectiva da justiça e da solidariedade pressupõe o reconhecimento da autonomia dos sujeitos, expressa na sua capacidade de fazer escolhas, no reconhecimento da alteridade enquanto abertura da presença (Correia,1993). Ainda aqui, é necessário registrar-se que, em uma concepção complexa de autonomia, não se nega a característica eminentemente relacional, inseparável da dependência das relações em que todos os sujeitos estão colocados a partir de suas redes sociais, sendo esse reconhecimento fundamental para se pensar projetos terapêuticos partilháveis.

Ainda resta uma última inquietação em relação ao que foi colocado nesse bloco. São as questões relativas à ordem econômica e social que foi tomada como excludente de sujeitos de condições dignas de existência. Sem querer aqui reforçar discursos que causam imobilismo, já que apontam para diagnósticos dessas situações a partir de avaliações macro-sociais, o que queremos demarcar é que a possibilidade que cada pessoa tem para "gerir sua existência" (partilhada) fundada em projetos de felicidade, também passa pelo reconhecimento deste como cidadão portador de direitos (e também de responsabilidades) fundamentais como membro dessa sociedade, e ainda, com potenciais emancipatórios. Direitos fundamentais, apoiados numa perspectiva inclusiva, de dignidade humana, não podem restringir sua realização a partir de uma "bem intencionada" filantropia, ou a partir da caridade das boas intenções de pessoas particulares, onde se confunde a efetivação de direitos humanos com ajuda humanitária. Esse entendimento, por vezes, parece informar práticas de saúde, que de fato acabam por reforçar posições de dependência, seja por não perceberem no Outro potenciais emancipatórios, seja por tomá-lo apenas em seus aspectos limitantes ou como vítima passiva de um sistema injusto, ignorando suas possíveis redes sociais e o próprio movimento que faz para buscar ajuda (ainda que esse seja na porta aberta do serviço de saúde).

> Na verdade, os setores sociais populares produzem redes sociais específicas, também constitutivas da pólis, da cidade, no seu sentido político maior. O discurso da exclusão, em sua forma substantiva, deixa de reconhecer as práticas cotidianas que eles desenvolvem, as formas afirmativas presentes em sua cotidianeidade e as estratégias construídas para enfrentar os seus desafios, seus medos, as dificuldades de uma sociedade que se sustenta na exploração e na opressão da maioria da

> população. Abandona-se, assim, a perspectiva de reconhecimento daqueles seres sociais como sujeitos que têm proposições, estratégias, desejos, escolhas e paixões. Esse reconhecimento é um desafio fundamental (Souza e Silva, 2002).

Vamos encerrar com um excerto que exemplifica do que estamos aqui falando, enquanto uma percepção produtiva do Outro com potenciais, que pode romper com posições que reforçam assimetrias:

> *"Então... mas eu acho que eles batalham para conseguir sim. Batalham para conseguir a subsistência. Subsistência no sentido amplo da palavra: subsistência material, para comer, ter lugar de dormir... A maior parte deles estão construindo a sua casinha, eu acho isso, uma coisa de doido, são vários pacientes meus: "Não, ué você perdeu peso por que?" "Não, eu tô bem, eu não fiquei doente não, é que, como agora eu tô construindo lá o barraco..." Então é ele mesmo que constrói. E ele, além do outro servicinho, não sei o que, está também carregando pedra, tijolo não sei o que, ele chega aqui esfalfado, ele está mais magro, porque gastou energia mais do que podia até. Mas é freqüente ouvir isso sabe. Nós tratamos muitos casais aqui né, a aids, como você bem sabe, não é aquela coisa de homossexuais não. A maior parte da nossa população são de pais, mães e filhos. Nós atendemos a família. Então são casais que de repente estão saindo do aluguel e construindo um barraquinho, um lugarzinho um pouco mais afastado do que eles já moravam, mas é casinha deles, e estão fazendo e é um povo extremamente batalhador." (Saulo)*

4.7.3 Julgamentos morais orientando ações

Ainda apoiados nas situações difíceis vivenciadas pelos trabalhadores, vamos voltar nosso olhar para aquelas que exigiram mais diretamente posicionamentos apoiados no plano moral, embora, em tudo que se tenha dito até aqui, considere-se esse aspecto como pano de fundo principal. O plano moral como relativo a argumentos ligados ao plano dos deveres, direciona a ação para a realização de valores socialmente partilháveis expressos na ética do discurso dos seus agentes. As situações que mais provocavam esse tipo de recurso argumentativo para os

problemas, foram situações que envolveram questões como: cuidado de crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids; gravidez de mulheres com HIV/aids e possíveis risco de abandono social da criança; questões que envolveram questionamento da guarda de crianças vivendo com HIV; dificuldades ligadas a relações dos profissionais com adolescentes e suas primeiras experiências com o namoro, relações sexuais e as recomendações para a prevenção; a situação da gravidez de adolescentes com HIV/aids; e, ainda, a revelação do diagnóstico para parceiros sexuais dos pacientes.

Todas esses situações revelaram conflitos de ordem moral vivenciados pelos profissionais, visto que fizeram com que esses, diante das situações, confrontassem seus próprios valores, onde primeiramente apoiaram seus julgamentos. As situações envolvendo crianças em possíveis riscos, seja para sua saúde, seja para garantia de cuidados mais gerais dessas, tiveram argumentos apoiados em ideais de maternidade, paternidade, famílias. A partir desses “ideais” os depoentes avaliaram comportamentos ou atitudes dos usuários, como indesejáveis considerando os contextos adversos para a realização desses ideários. Esses ideários, não estiveram restritos, propriamente, aos aportes das indicações para controle da doença, embora também fizessem parte do escopo dos julgamentos.

4.7.4 Mulheres vivendo com HIV/aids, gravidez, questão social e o cuidado das crianças: uma questões para a prevenção?

Como comentávamos acima, via de regra, as situações que mais exigiram discussões entre os profissionais, foram justamente aquelas em que o que estava em questão trazia exigências para além das possibilidades das intervenções acordadas entre o profissional e seu paciente. Eram situações onde a "melhor decisão" não pôde ser encontrada sem o recurso à discussão entre membros da equipe de trabalho. Dada a natureza do problema, houve um certo entendimento de demanda ou necessidade, por vezes, não reconhecida pelo usuário, que estava apoiada em uma dada normatividade, não apenas afeta propriamente ao quadro clínico, mas a um modo de vida desejável para o usuário na opinião do profissional. Percebia um certo "desvio de caminho" no comportamento ou atitudes, pelo menos, no entendimento dos profissionais:

> *"Geralmente são casos, pelo que me lembro, que demandam dos profissionais, assim, que há um dificuldade desse paciente ou desse caso. Não só uma abordagem... qualquer abordagem medicamentosa, talvez na psiquiatria entrando um pouco, mas é na conduta: intervencionista ou não, o que se faz com aquele paciente um encaminhamento. [...]., acho que foi um dos primeiros casos que eu participei de uma discussão, que foi o caso de uma paciente [...]. Era uma paciente jovem, relativamente jovem, que já tinha três crianças se eu não me engano. Era profissional do sexo e a questão era justamente essa: duas crianças,[...] , duas ou três crianças. Três crianças, duas delas já estavam morando com famílias diferentes. E a terceira morava em uma casa de apoio para crianças. Justamente essa questão ética. A questão de que como ela não se prevenia continuava fazendo os programas, enfim. O que fazer com essa paciente, assim, nesse sentido, porque mesmo toda as abordagens... [...] Ela não aderia tratamento psiquiátrico e nem psicológico. Eu já tinha avaliado umas duas, assim conversado com ela umas duas vezes a pedido do serviço social, que não era uma demanda dela pessoal. Ela não percebia a necessidade. Porque assim ela tinha todo um quadro impulsivo. E ela acabava não aderindo ao tratamento psiquiátrico mesmo. E justamente isso: E se ela engravidar de*

> *novo? Quer dizer, até que ponto o profissional da assistência pode intervir nisso? Essa era a discussão. O que fazer? Só orientação? Mas a orientação também não estava ajudando muito na questão da prevenção. O Estado pode intervir nisso ou não? (L - E pode ou não na sua opinião?) H - Na verdade a gente foi atrás, inclusive da questão legal. E o que a gente teve de informação, através de um colega advogado enfim, é que não. O Estado não tem como intervir nesse caso. Mesmo ela tendo... [...] não que ela tivesse algo de personalidade tão grave a ponto de ter que ser interditada. Mas ela tinha alguns traços de personalidade que até poderiam ser descritos em algum tipo de relatório, alguma coisa assim. Mas não, não teria condições do Estado, ou um psiquiatra, ou alguém que o valha, fazendo alguma abordagem nesse sentido. Então ficou dessa forma. Esse caso acho que uma coisa interessante é porque assim, não que ela tivesse uma demanda para ter uma nova criança, não tinha uma vontade tão explicita de ter uma nova criança. Mas até que ponto, assim, a liberdade, a gente sabe que é o livre arbítrio, aquela coisa, mas enfim, esse caso foi bastante importante na época. Sobre essa questão reprodutiva em paciente HIV positivo, no caso dela tinha outras questões sociais importantes.[...]. Mas que a equipe se mostrou, assim, que a equipe se sentia realmente muito é... como eu poderia colocar... muito... é... incomodada." (Helena)*

Interessante notar, que o que motivou os profissionais a proporem a discussão do caso não foram exatamente questões técnicas. Aqui as exigências foram de entendimento acerca do que seria desejável e oportuno fazer frente àquela situação que, de certo modo, extrapolava as possibilidades de intervenções protocolares. Com Habermas aprendemos que a razão comunicativa é *medium* lingüístico através do qual as interações se interligam e as formas de vida se estruturam, vejamos em suas palavras:

> A razão comunicativa, ao contrário da figura clássica da razão prática, não é uma fonte de normas do agir. Ela possui um conteúdo normativo, porém somente na medida em que o que age comunicativamente é obrigado a apoiar-se em pressupostos pragmáticos do tipo contrafactual. Ou seja, ele é obrigado a empreender idealizações, por exemplo, atribuir significados idênticos a enunciados, a levantar uma pretensão de validade em relação aos proferimentos e a considerar os destinatários imputáveis, ou seja autônomos e verazes consigo mesmo e com os outros (Habermas, 1991: 20).

As normas fundamentadas discursivamente, segundo Habermas (1989), fazem valer ao mesmo tempo duas coisas: o conhecimento daquilo

que dá suporte para o interesse geral de todos e também uma vontade do sujeito que aprendeu em si a vontade de todos. Foi essa “vontade de todos expressa em si” (no caso os profissionais que propõem a discussão do problema) que se colocava para o debate. A preocupações em relação a uma possível conseqüência frente à atitude da usuária que, por seu histórico, poderia resultar na exposição de mais uma criança em situação de abandono social. A partir desse pressuposto, não foi demonstrada nenhuma fragilidade no acordo mais geral, pelo menos no âmbito dos profissionais. O desacordo foi evidenciado no não reconhecimento dessa preocupação por parte da usuária. Essa questão, aparentemente, não era um problema para a usuária. Quando se aventou a possibilidade de assumir medidas intervencionistas com a finalidade de evitar a conseqüência antevista, estabeleceu-se um conflito de deveres claramente colocado. Ao apontar para uma possível medida intervencionista, se negava a capacidade da usuária em gerir sua vida (pelo menos do ponto de vista reprodutivo) e sua autonomia como autoridade moral sobre seu corpo. A justificativa para essa defesa estava no argumento que apontava como finalidade, evitar novas situações de abandono social, porém este não contou com a aprovação do ponto de vista da vontade de todos os envolvidos (e aqui podemos estender os envolvidos para “a sociedade” como forma estruturada com parâmetros normativos mais gerais, já que a questão também recebeu parecer de profissional da área do direito).

Embora houvesse uma preocupação dos profissionais com uma possível gravidez da mulher, segundo nossa depoente, essa não era uma

demanda explicita da usuária, ou seja, ela não apresentava explicitamente desejo por ter mais filhos, sendo, portanto, toda uma movimentação apoiada na avaliação dos profissionais a partir do conhecimento prévio da história de vida da mulher e sua pouca adesão às recomendações de prevenção que foi tomado como de risco.

Mattos (2001), ao discutir a integralidade na atenção à saúde, reconhece nesse discurso aspectos que possibilitam a articulação da assistência com a prevenção, porém, uma prevenção fundada na experiência do sujeito que se relaciona com o serviço de saúde:

> [...] as atividades preventivas, posto que não derivadas diretamente da experiência individual de sofrimento, são profundamente distintas das experiências assistenciais, essas diretamente demandadas pelo usuário (Mattos, 2001: 7).

Exatamente porque não são demandadas pelos usuários, as ações de prevenção devem ser promovidas com prudência. Na situação em pauta, não se tratava de forma mais direta a uma adesão que tinha como foco possíveis agravos à saúde da usuária (senão de forma mais indireta). As preocupações estavam associadas a valores socialmente reconhecidos, mas não necessariamente partilhados discursivamente entre trabalhadores e usuária.

4.7.5 Ainda sobre a gravidez e soropositividade: o que mudou?

> *"[...] eu atendi uma mulher que estava lá, ela tem oito filhos, sete parceiros diferentes. Os últimos três ela fez em cadeia, porque os últimos três parceiros ficaram presos. Agora ela cismou que quer a laqueadura para essa semana, porque ela não está agüentando tomar o injetável, a criança está de sete meses, ela não consegue tomar o injetável. Ela vai na cadeia de novo, tal e tal e tal. Então*

> *assim, é difícil você trabalhar com a mulher e falar: Como é que é isso? O que você está fazendo? Sem ter o mínimo de condição para cuidar dessas crianças, nem do ponto de vista da educação, nem do ponto de vista sócio-econômico e tudo mais..."(Marilza)*

Se no inicio da fundação dos serviços especializados no cuidado de pessoas vivendo com HIV a questão da gravidez e soropositividade era vista com ressalvas pelos trabalhadores (posição essa apoiada nos riscos da transmissão vertical do HIV como argumento mais presente) pareceu, agora, que as considerações passaram a dar ênfase à questão das condições sociais das mulheres. As ressalvas quanto a ter ou não filhos, esteve associada a exigências quanto às possibilidades das usuárias de ficar com a criança e cuidar dela. Essa posição é reforçada quando relatam histórias em que há de fato "abandono" das crianças, que passam a ser cuidadas ou por instituições ou por outros familiares:

> *"Paciente nossa de alguns anos já, é a terceira gestação que eu acabava de diagnosticar nesse dia terceira gestação dela depois dela saber que era HIV.[...]. Uma paciente difícil, paciente que vivia na rua, apesar de ter família, ter familiares, uma família razoável, razoavelmente bem constituída; [...]. Ai nessa primeira gestação a gente fez o atendimento direitinho, aquilo que deu para ser feito. A criança nasceu não infectada tal. E a criança acabou de nascer, ela fez o que deveria ser feito durante a gestação, tomou as medicações, fez os exames, fez o parto, tudo direitinho e tal; acabou de nascer a criança, logo depois do puerpério ela deixou a criança com a mãe e foi para a rua novamente e sumiu. Sumiu, a avó era que trazia o neném, tinha notícias do neném e tal, mas ela nós ficamos um tempão sem ter notícias e tal. Depois de um tempo ela voltou. [...] ela teve uma segunda gestação. E ai na gestação foi novamente complicado os nove meses, para ela para conseguir que ela aderisse direito o tratamento em função da prevenção materno fetal e... Nós conseguimos levar até o final essas coisas e tal [...] E devido a todo o histórico dela, e a gente também com os nossos preconceitos; com a nossa modo de pensar eu estava achando também, não desejando aquela gestação que era real. Mas quem sou eu! para desejar ou não a gestação da outra, mas na verdade tinha esse sentimento. Meu sentimento estava presente ali também [...]" (Saulo)*

O problema aqui colocado se referiu primeiramente a uma avaliação da usuária classificada *"como difícil e que vivia na rua"*, destacando-se sua

situação social e, posteriormente, suas dificuldades em aderir ao serviço. Também foi destacado o fato de que seus filhos foram deixados sob os cuidados dos avós.

Tanto em um relato, como em outro, nossos depoentes admitem que essas situações trazem um confronto muito direto ao que acreditam ser justo, pautado nas suas próprias experiências e expectativas para o que consideram “Boa Vida”. Admitem que esse tipo de “sentimento” pode trazer prejuízos para as relações terapêuticas porque tendem a fechar possibilidades de diálogo. Na perspectiva que aqui adotamos essa situação pode dificultar a possibilidade de um agir orientado para o mútuo entendimento.

Com já destacamos, o mundo vivido representa a base social que orienta a ação comunicativa ao mútuo entendimento pelo *medium* da linguagem, e é, também onde se apóiam pretensões de validade, que revelam a existência de acordos prévios de uma comunidade, no qual se justificam normas para a ação geral, fundidas na nossa relação não-problemática com o mundo (Habermas, 2003).

Os desconfortos dos profissionais revelam essas estruturas mais gerais que orientam a ação no sentido acima delimitado. O que ocorre é que, talvez por considerar como impróprio ao trabalho esse tipo de desconforto, não se procede uma discussão mais ampliada, trazendo essas bases discursivas e incluindo os usuários envolvidos e também suas redes sociais (no caso em tela a família da usuária), problematizando-se e possibilitando-se a esses últimos a explicitação também dos seus desconfortos frente às situações.

Desse modo, poderíamos proceder a uma leitura dos “sentimentos de incômodo dos profissionais”, e hipoteticamente usuários, como relativos a posições com pretensões de validade para a vida e a saúde, e que, portanto, podem ser colocadas em discussão considerando todos os envolvidos. O procedimento proposto em Habermas (2003) para esse tipo de discurso com vistas a retomar entendimentos mútuos, pressupõe um esforço dos participantes de tomarem posições descentradas de mundo, onde se suspende, temporariamente certezas, passando-se a problematizá-las com todos os envolvidos a partir de práticas argumentativas que tomem os horizontes normativos possíveis de ser compartilhados entre todos.

Quando uma dada norma social válida intersubjetivamente é colocada em questão por uma comunidade lingüística, teríamos que passar à formulação de discursos que possam avaliar e reconstruir criticamente tal norma, apontando possíveis caminhos para os envolvidos. Esse processo pressupõe que todos aqueles submetidos a essa norma possam, a partir de suas interações, apontar o conseqüente desdobramento para a ação comunicativa.

4.7.6 O cuidado de crianças vivendo e convivendo com HIV/aids, a questão da família: entre o ideal e o possível

Vamos a mais um exemplo, onde a situação do cuidado com crianças se colocou com outras nuances e desafios para os julgamentos dos profissionais:

"Até o caso que você falou, [...] é de uma paciente que coloca muitas questões para o serviço, que é uma pessoa que tem um comprometimento mental grave, paciente que tem indicação desse [...] tem traços psicóticos presentes, por um lado, tem essa questão, por outro lado ela é mãe de duas crianças pequenas, por outro lado ela tem uma história de vida com questões muito sérias do ponto de vista da família dela e estava em uma Casa de Apoio, [...]eu acho que, uma das questões que levou a fazer a discussão do caso, está envolvida com o cuidado com as crianças.[...]. Então é uma pessoa que não tem um apoio familiar. Ela não teve, sofreu inclusive abuso quando era criança. [...]. E ela tem dificuldades para cuidar das crianças, embora ela se dedique muito. Ela quer ser uma boa mãe. Ela quer ser uma mãe modelo. Então ela coloca objetivos para ela que fica difícil para ela conseguir. Então ela sofre muito, seja por idealizar e soma com os sintomas psicóticos que ela tem, de ouvir vozes de se sentir perseguida.[...]. Mas assim, foi levantada uma questão de que talvez as crianças estejam correndo risco com ela.[...]. Ela é uma paciente não aderente, que não se cuida. Então, ao mesmo tempo em que ela quer ser uma mãe ideal para cuidar das filhas dela, ela coloca uma... uma exigência para ela mesma impossível dela realizar porque não existe mãe ideal, existe a mulher que é possível de ser mãe com os recursos que ela tem.[...] foi feita uma denúncia para o Ministério Público, pelo Conselho Tutelar, porque na casa que ela estava, uma pessoa da casa denunciou que [...] na verdade ela estava tomando uma medicação psiquiátrica então ela dormia muito, e as crianças ficavam soltas.[...]. Essas crianças de fato precisam dessa atenção, mas ela não pode contar com a família e nem tem amigos. Ela é muito rigorosa com as pessoas que ficam em contato com as meninas [...].(L - E se o conselho tutelar pede para você um relatório dessa mulher, perguntando se ela tem condições de cuidar das filhas?) [...]F – Então [...], é o meu parecer é que ela é uma pessoa que [...] tem consciência de grande parte das limitações que ela tem. Então, de que ela é uma pessoa desconfiada em deixar as crianças sob os cuidados de pessoas que ela considera estranhas, que é o caso do que acontece na Casa de Apoio. Que ela pessoalmente não abdica do papel e da responsabilidade de ser mãe, embora ela tenha também que se cuidar e tomar medicação psiquiátrica para estar melhor para cuidar melhor das crianças. Então eu tentaria mostrar que dentro do quadro mental dela que ela tem as restrições que precisa ser tratada, isso tem repercussão na atenção às crianças. E que tem uma parte que ela pessoalmente pode ser responsabilizada e que tem uma parte que a instituição tem também que procurar recursos junto com ela. Então assim, como fazer com que ela, por exemplo, encontre pessoas [...], em que ela possa deixar as crianças, por exemplo. Que a gente está reconhecendo do ponto de vista técnico que ela tem limitações, mas que ela tem potencial para lidar com a situação, então vamos ver como juntos a gente pode encaminhar essa situação.[...]. Talvez a gente tenha que encontrar de fato alguns mecanismos de que as crianças possam ficar protegidas e que ela também possa ter resguardado o direito dela como mãe, uma pessoa responsável. De certa forma a gente tenta fazer isso quando conversa com ela..." (Filomena)

Aqui não parece que se tratou de fragilidades em termos do acordo mais geral entre envolvidos. Aparentemente, nem para a usuária, nem para a profissional e muito menos para o Conselho Tutelar está em questão “abrir mão” do cuidado e da proteção das crianças. O que se questiona é se esse cuidado pode ser realizado dentro de padrões socialmente aceitos, nas condições apresentadas pela usuária. Porém, diferentemente da situação anterior, se percebeu aqui mais ativamente o reconhecimento do sujeito (no caso a usuária) e a direção da ação pautada em um valor contrafático, ou seja, a ação proposta por nossa entrevistada é orientada no sentido de evitar uma suposta situação, em que se negaria à usuária seu direito de ter a guarda das filhas, reconhecendo que a convivência da usuária com suas filhas faz parte do projeto de vida e de felicidade desta. Com esse movimento, parece-nos que incluiu a usuária como participante do problema, assim como também de sua possível solução.

Nossa entrevistada, ao ser convidada por nós a dar um parecer ao Conselho Tutelar sobre a capacidade da usuária para cuidar de suas filhas, não a isenta de suas responsabilidades, embora reconheça suas limitações dadas por sua condição de saúde e sua história de vida, *que faz dela uma pessoa desconfiada*. Considera a necessidade do problema envolver a rede social da qual a usuária vem participando, desafiando esta a também ajudar nas possíveis soluções, sem, no entanto, negar o direito da usuária da guarda de suas filhas.

Situações ainda mais dramáticas, que envolvem questionamento da guarda de criança com HIV/aids por seus familiares, foram vivenciadas pelos profissionais do SAE - Leste:

> "*Teve casos aqui que a gente viu que teve criança que foi pro abrigo é... a criança fisicamente ficou bem, mas psicologicamente ficou péssima e... depois de um tempo retornou pra família também, alguns casos vão pro abrigo e retornam. Teve uma criança que eu atendi a semana passada que está com a tia, a tia conseguiu retirar do abrigo, a criança era tratada... a mãe era uma drogadita, a mãe não cuidava da criança, a criança foi pro abrigo, mas ficou muito abatida, apática tudo, a aparência dela era assim de uma criança muito triste... aí a mãe acabou falecendo e a tia conseguiu. Aí a semana passada a criança veio super bem, a tia está cuidando, tem vários casos de crianças que a gente... manda pro Conselho." (Jandira)*

Por vezes a centralidade do tratamento como capaz de propiciar as condições desejáveis para a saúde de crianças vivendo com HIV/aids, faz com que os profissionais tenham um olhar muito atento aos familiares, avaliando, suas condições enquanto cuidadores das crianças:

> *"Tenho pacientes, as crianças em si não são os problemas na verdade, criança tem toda aquela ingenuidade aquela coisa, são crianças vítimas de uma situação complicada. Agora, eu tenho mães muito difíceis, tenho mães fantásticas assim como tenho cuidadores maravilhosos, então a gente tem de tudo um pouco. Então aquelas mães que você tem que ficar indo na casa, fazer visita que falta, que vai pro Conselho Tutelar que você acaba tirando a criança que vai pro abrigo já aconteceu algum caso assim, que é muito chato pra gente fazer isso é sempre o último recurso que quando chega nesse ponto já se esgotaram todas as possibilidades de negociação, de acordo de barganha, enfim tudo aquilo, mas quando você vê que a criança tá em risco não dá pra ser conivente com a situação né!" (Damares)*

O recurso a Casas de Apoio (denominado pelos trabalhadores como Abrigo), busca corresponder a um cuidado ideal e controlado que, do ponto de vista dos profissionais, não foi possível de ser realizado pelos familiares. O recurso a Casa de Apoio vem suprir não só a necessidade de cuidados mais gerais das crianças, mas parece funcionar como extensão do serviço de saúde e nessa medida, possibilita "um controle", pelo menos, no que se

refere ao tratamento. Cruz (2006) observa que as Casas de Apoio como definidas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, são tomadas como recurso complementar aos Serviços de Saúde e oferecem, dentro de uma determinada perspectiva de saúde, cuidados com higiene, profiláticos e assistenciais. Embora se reconheça que esse suporte tem pretensões de funcionar como substituto de famílias não é tomado desta forma por seus usuários:

> Com relação às crianças e adolescentes, pude observar que para eles a casa de apoio é uma referência afetiva importante, um lugar de cuidado - no geral e também em relação à saúde -que por vezes cumpre a função de família, mas que não substitui a família, lembro por exemplo de crianças (6 e 7 anos) de uma casa de apoio que freqüentaram o GIV e perguntaram : "Por que eu não tenho família?"; "Nossa, ela tem os peitos grandes, será que ela quer ser minha mãe?", referindo-se a uma voluntária que trabalhava no GIV (Cruz, 2006: 96).

Mas, essa mesma situação pode ganhar outra possibilidade de encaminhamento em sentido inverso, onde se priorizou o convívio familiar, mesmo diante de um quadro social adverso:

> *[...] "a gente tem uma garota lá, eles são em quatro irmãos. Os pais morreram de HIV. A avó é que é a cuidadora. Eles moravam no Paraná e vieram para a avó. Só a menor de nove anos agora, é que tem HIV, os irmãos maiores não. Essa avó tem problema psiquiátrico e o avô é (era) alcoolista. O avô morreu faz um mês e pouco agora. Assim, a situação na casa, a avó, não lembra de dar os remédios corretamente, a questão da alimentação, a questão da higiene a questão de lembrar das consultas. E não é porque não gosta. Você percebe, a gente fez diversas visitas em momentos diferentes, sempre duplas de profissionais diferentes e mesmo nos momentos em que eles ficam muitas horas no SAE para Gama, você percebe assim, o vínculo de afeto dessa família, tanto da menina com os irmãos como dela com os avós. É o que sobra. A avó passa e beija e uma gruda no pescoço da outra, com os irmãos essa coisa e tal assim. Do ponto de vista da questão do HIV, a B está perdendo a chance de viver muito mais tempo.[...]. Então, do ponto de vista do cuidado, ela poderia estar muito mais bem cuidada muito no abrigo [...] porque ela perde muito em termos (do tratamento) e tal. Agora ela ganha muito agora do ponto de vista da questão do afeto, ela não teria em outro lugar. Então lá no SAE, agora parou um pouco, porque as pessoas ficavam mais por dentro do caso, sempre fui eu e a Samara. A*

> *pediatra achava, não, tem que mandar para o abrigo, porque você ainda não fez relatório pro Fórum. A gente fez, de vez em quando, o Conselho Tutelar, que dá aquela coisa [...]. Então, mas a gente optou por olha eu não vou fazer relatório para pedir abrigamento, eu acho que não tem. Eu e a Samara discutimos, discutimos. Era melhor ela viver com amor com afeto como carinho, com os piolhos que você tira com a coisa e tal. Mas ela está vivendo intensamente essa relação de amor com esses avós e esses irmãos, que ela não teve com os pais que eram usuários de drogas injetáveis, eles ficavam jogados e tudo mais. Então eu acho que tirar isso da B é tirar a vida dela de certa forma. Então esses conflitos as vezes é...eles nos pegam... muito pesado." (Marilza)*

Aqui talvez, seja importante notar que, a aparente divergência entre os profissionais esteve colocada na decisão acerca do que deveriam priorizar na situação: o convívio familiar, em condições ruins do ponto de vista material, embora adequado, tomando por base as relações de afetos; ou a garantia de condições materiais para a efetivação do tratamento adequado e em condições de ser controlado. As duas possibilidades de curso para a intervenção pareceram revelar decisões apoiadas em cursos extremos.

Conforme nos apresentou Gracia (2005), o processo de decisão nessas situações deve procurar ser prudente. Seu método para deliberação moral considera a problematização da situação em pelo menos três níveis: deliberações sobre os fatos (que se refere ao caso e seus aspectos clínicos); deliberações sobre valores (identificação de problemas éticos presentes; identificação dos valores presentes) e deliberações sobre deveres (possibilidades de ação – identificação de cursos para essa: extremos, intermediários e ótimos). Ainda seu método, propõe submeter à decisão a provas de consistência a partir da ponderação se a decisão está dentro de critérios legais (se é legal); se poderia ser defendida publicamente e, ainda,

submetê-la à prova do tempo, ou seja, se seria a mesma decisão caso não se tivesse urgência para decidir.

A decisão aqui, não foi fácil de ser tomada, como registra nossa entrevistada, considerando o quadro de saúde da criança apontado pela Pediatra e as exigências de cuidados que implicariam em garantir tanto qualidade de vida como melhores prognósticos para a criança. O relato deu conta de nos informar sobre o processo de diagnóstico da situação, a partir de várias visitas à casa da criança e a observação das relações estabelecidas entre esta e seus familiares. Aparentemente, o desfecho priorizou o convívio familiar mais do que as exigências formais de cuidados com o tratamento, com argumentos que valorizaram as possibilidades de vivência do afeto, a partir de considerações feitas a experiência de abandono verificada na trajetória da criança e a atual oportunidade de vivência de vínculos familiares.

Ao se priorizar o convívio familiar, admitiu-se a possibilidade da criança colocar em risco sua saúde e qualidade de vida. Não foi possível reconhecer, a partir do relato, se houve ponderações acerca de cursos intermediários ou ótimos para a decisão, mas hipoteticamente, poderíamos questionar se foi possível, explorar, por exemplo, redes sociais de suporte para a família, que não fossem aquelas restritas à institucionalização da criança, mas que pudessem colaborar na administração dos cuidados desta, no convívio com a família; ou outras possibilidades que preservassem esse convívio, ao mesmo tempo em que, significassem recursos para o cuidado adequado da criança.

Mais uma vez gostaríamos de registrar que não se trata aqui de avaliarmos a conduta desta ou daquela intervenção ou decisão dos profissionais. Nossa intenção é abrir possibilidades interpretativas que possam beneficiar a reflexão sobre as situações difíceis vivenciadas no cotidiano da assistência. Admitimos que a dinâmica das interações, assim como as contingências do dia-a-dia, nem sempre são facilitadores para que, na prática, as decisões possam contar com o recurso de discussões entre todos os envolvidos, onde se recorra a processos argumentativos que considerem, além dos valores em questão, todos os possíveis e diferentes cursos para a decisão. De qualquer forma, fica o registro de que as decisões dessa natureza muito poderiam se beneficiar lançando mão do recurso de discussões com ponderações acerca dos valores e deveres envolvidos e tendo como horizonte não exatamente um hipotético "acerto", mas a prudência na condução do processo. Uma decisão é prudente, quando apesar de não ser "certa", é resultado da melhor decisão possível para aquele contexto e momento concreto, como nos recomenda Gracia (2005).

4.7.7 A primeira geração de adolescência vivendo com HIV/aids: novos desafios para o Cuidado

> *"Olha! Geralmente as pessoas acabam se colocando assim num papel... não de profissional, mas meio que de família assim, meio de pai, meio de mãe... o conflito acho que é um pouco isto.... Os médicos parecem que querem que os adolescentes sejam certinhos... sejam os filhos deles assim... então, e aí a psicóloga tem sempre que enquadrar... peraí! Você não é o pai do paciente... então eles se sentem traídos né! Eles acham que os adolescentes são ingratos: - Nossa! Eu trato dele há tanto tempo e agora eles não querem mais... Então assim, pelo o que eu percebi o conflito entre ele é um pouco isto... Os médicos estão se sentindo traídos e a psicologia está tentando mostrar pra eles que*

> *não é uma aversão, que os adolescentes são assim mesmo... Então, eu percebi isto nos últimos casos que foram discutidos... Os médicos estão meio desesperados e estão assim... meio que pressionando a psicologia, para definir o que a gente vai fazer. E os psicólogos também estão dizendo: Primeiro a gente tem que pensar o problema do HIV é um; e o problema do adolescente é.... todo adolescente quando chega nesta fase tem uma certa rebeldia tal... e ainda tem o agravante do HIV, e a gente tem que parar pra pensar como é que a gente vai lidar com isso. Quer dizer, eu não sei como é que eles vão lidar com isso assim... porque eles estão fazendo visitas eles estão sendo acompanhados mas ainda continuam rebeldes." (Jandira)*

Os serviços municipais[46] especializados fizeram doze anos de funcionamento. Durante esse período, puderam acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças que chegaram, em muitos dos casos, ainda bebês, ou desde do pré-natal da mãe já eram conhecidas pelos profissionais.

Como serviços com uma estrutura e proposta de acompanhamento longitudinal das pessoas vivendo com HIV, no caso das crianças e jovens esse fato imprime a ação outras tantas questões de vínculos e afetos que acabam por fazer parte desse contexto assistencial e que, como chama a atenção nossa entrevistada, por vezes acabam por confundir papéis, mesmo que simbolicamente ou como inerente à própria situação, próximos ao que é exercido por familiares ou de pessoas próximas de relações íntimas. Por outro lado esse trabalho parece exigir reformulações, considerando o crescimento das crianças, principalmente no caso da pediatria:

> *"Olha, eles (os pacientes) são muito especiais pra mim porque eu diria que a gente vem pra aprender todo dia aqui. Eu então eu tenho pacientes pequenininhos desde recém nascidos que são as crianças expostas até os pacientes adolescentes, que estão adolescendo e eu estou adolescendo junto com eles, que pra mim*

[46] A UR – Sul, separa o atendimento da pediatria que é realizado no espaço do Hospital Dia. Como nossa investigação esteve centrada no Ambulatório exclusivamente, não obtivemos discursos dos trabalhares que atendem na pediatria. Desse modo, os relatos sobre a atenção as crianças e adolescentes estão restritos as experiências relatadas pelos trabalhadores do SAE - Leste, que segundo dados do Boletim Epidemiológico do Município da Secretaria Municipal da Saúde é uma das unidades municipais que mais mantêm crianças e jovens em seguimento.

> *são os mais difíceis atualmente. Nesse caminho tem crianças de todas as idades, então a gente consegue fazer uma abordagem da pediatria como um todo e agora de hebiatria que é uma especialidade que agora eu estou aprendendo na verdade. Então eles pra mim são os meus mestres porque eu aprendo com eles todos os dias." (Damares)*

Além das questões supostamente técnicas e de formação, que nossa entrevistada chama atenção *(tem que fazer hebiatria)*, demarca outras dificuldades no trato com os adolescentes:

> *"[...] A situação inovadora é que são só adolescentes com aids que são os primeiros adolescentes que estão chegando na idade adulta com aids que é novidade, e pra gente também é novidade. Pra eles é novidade, pra gente é novidade. Então é um suceder de dificuldades na verdade. E a gente, numa reunião que [...]teve de discussão clinica foi [...]sobre isso: como a gente está tendo essa dificuldade em lidar com os adolescentes. Eles são por si só mais rebeldes, eles tem a rebeldia sem causa normal do adolescente já carregam consigo todo o estigma da aids todo o diagnóstico pesado que eles tem, por mais que a gente tente melhorar essa situação deles mas é um estigma. E a coisa da medicação eles tem que tomar remédio eles estão numa situação de convívio social mais intenso então como lidar com isso. Toda essa dificuldade que a gente vai tentando abordar com eles. Não é muito fácil, eles têm muitas resistências. Eu tenho sentido isso, principalmente por parte das meninas eu não sei explicar porque, mas os garotos tem sido mais tranqüilos de lidar aqui, inclusive em relação aos exames, do que as meninas. Elas são mais questionadoras querem saber tudo –[...]Você pergunta qualquer coisa pra elas sobre a doença, sobre os vírus, sobre o remédio elas sabem." (Damares)*

Nossa entrevistada destaca como fato importante, as dificuldades de ser uma ação nova, já que estão lidando com a primeira geração de crianças que chegam à adolescência[47] e a idade adulta com HIV/aids. A experiência

[47] A etimologia da palavra adolescente vem do latim ad, que significa **para** e olescere, que quer dizer **crescer**; ou seja, "**crescer para**". Na verdade, inúmeras palavras são associadas a este momento do ciclo vital da família: crise, ruptura, crescimento, descobertas, oportunidades, iniciação, incertezas, esperanças e formação da personalidade. Falamos aqui em ciclo vital pois são mudanças que afetam, não apenas ao adolescente, mas a todos que estão ao seu redor. Em meio a essa crise de identidade, o jovem vai partir em busca de novas identificações, novos padrões de comportamento, sempre que possível bem diferentes daqueles que seus pais representam. Há uma enorme necessidade de pertencer a um grupo, fato que ajuda o indivíduo a encontrar a própria identidade nos contextos sociais. A adolescência inclui este momento de saída do mundo privado para o mundo público de uma forma mais efetiva, mais autônoma, em contato com um novo leque de possibilidades de vir-a-ser. A incógnita que permanece é se todos passam por esta fase de forma semelhante, ou se, ampliando a questão, podemos pensar que alguns adolescentes parecem mais identificados, propensos e sensíveis ao envolvimento com situações de risco, como por exemplo, o envolvimento com drogas. **A**

da adolescência que é socialmente reconhecida como fase de grandes mudanças do ponto de vista físico e afetivo, acrescenta a esse contexto, as exigências do tratamento, exigência esta que parece não ser fácil de ser cumprida dada, por vezes a percepção de efeitos colaterais indesejáveis, a necessidade mais presente de omitir ou de esconder a condição sorológica, demarcando um movimento de resistência dos jovens para aquilo que o faz diferente de seu grupo:

> *(relato extraído da discussão sobre o caso jovem de 18 anos)... A última consulta foi em janeiro do ano passado, ele já estava muito rebelde, entre aspas, não queria tomar medicação, escondia debaixo do taco, debaixo do colchão. Estava difícil o acompanhamento medicamentoso...(Damares)*

Ayres et al. (2004) a partir de estudo sobre a situação de adolescentes vivendo com HIV/aids, dentre outros resultados, revelam que a situação de estigma e discriminação são fatores que acrescentam sofrimentos a vivência dos jovens:

> Em nossa pesquisa nos foram relatados vários sentimentos e experiências de estigma pelos jovens portadores e seus cuidadores. Estes episódios ocorreram nas suas vivências em família, na vizinhança, na escola e na busca de serviços de saúde[...] Os sentimentos estigmatizantes mobilizam forças contraditórias. De um lado, é preciso “levar a vida”, reagrupar forças para cuidar de si e dos seus; de outro, emerge uma vontade de desistir, uma forte sensação de desesperança (Ayres et al., 2004: 10).

---

conceituação da adolescência é tema polêmico que se insere na polêmica maior das teorias psicológicas sobre o próprio desenvolvimento humano. Estas oscilam basicamente entre duas grandes tendências: aquelas que consideram a adolescência como um processo de natureza mais individual, enfatizando os aspectos biológicos e psicológicos e aqueles que defendem que a adolescência é um fenômeno criado e sustentado culturalmente, enfatizando os aspectos sociológicos, antropológicos e mesmo políticos e ideológicos. Sudbrack MFO e Dalbosco C. Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador na prevenção do uso indevido de drogas. [Simpósio Internacional do Adolescente. São Paulo, 2005. <http://www. proceedings.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200082&lng=en&nrm=abn>. Acess on: 27 Oct. 2008 Segundo Becker (1994)]

Um dos desafios que esse quadro traz para os serviços de saúde é cuidar de construir estratégias e, em alguma medida, reconstruir outras; que possam ir ao encontro do reconhecimento dos movimentos que, por vezes, são tomados como “de rebeldia”, onde esses jovens expressam buscas legítimas por uma “igualdade” diante do que julgam importante para seus projetos de vida e de felicidade.

Reconhecer essa busca dos jovens e adolescentes nem sempre parece ser fácil para os profissionais, que por vezes, associam o movimento a uma “certa irresponsabilidade” destes, e nesse caso quebra-se as possibilidades de Cuidado:

> *(relato extraído da discussão sobre o caso de jovem de 18 anos que abandonou seguimento e havia engravidado adolescente de 15 anos)* [...] *Então na véspera eu liguei e perguntei: “Você vem?” E ele disse: “Eu vou”. Mas na véspera o que aconteceu: A [...], enfermeira da [...], foi na casa dele para convocar o pai dele porque deu uma alteração em um exame e a médica pediu para convocar. Chegou lá, ela não sabia desse movimento (se referindo as estratégias combinadas pela equipe que acompanhava o caso mais diretamente) e falou várias coisas para ele, segundo ela. Ela falou: “Você quer repetir a tua história!? como é que você não aparece...” E ele ficou bravo: “Olha fala para a M para não vir mais aqui, ninguém me procura, porque eu não vou mais”. E assim, ela falou que ele ficou muito bravo. (Marilza)*

O que sucedeu após a visita foi que o jovem não só deixou de comparecer ao serviço como acabou mudando de endereço, o que dificultou ainda mais sua localização para novas interlocuções. Tivemos a oportunidade de acompanhar a discussão desse caso, onde esteve em questão a avaliação da conduta dos profissionais a partir de reflexões acerca dos motivos que geraram o problema, a discussão da necessidade de se encontrar estratégias que pudessem representar a retomada do contato com usuário e a reavaliação das ações voltadas para jovens e adolescentes em seguimento.

Aparentemente, afora todas as questões anteriores, relativas à adesão do paciente ao tratamento e outras questões envolvidas, o que havia motivado novos investimentos no caso foi que a equipe ficou sabendo que havia uma jovem de 15 anos que estava grávida desse usuário e que não estava sendo acompanhada. Segundo relatos, a jovem se recusava a fazer pré-natal por "medo" de realizar coleta de sangue para exames da rotina de pré-natal. Duas questões estavam postas: dúvidas se a jovem tinha conhecimento do "status sorológico" do parceiro e da situação de "risco" potencial a que estava exposta; a necessidade de controle daquela gravidez considerando toda a situação e a não adesão do usuário e da parceira as recomendações de prevenção:

> *(relato extraído da discussão sobre o caso de jovem de 18 anos que abandonou seguimento e havia engravidado adolescente de 15 anos) [...] (Betina – psicóloga) A gente sempre soube que ele se relacionava com meninas, mas não tinha namoradas esse tipo de coisa. Muitas vezes mulheres mais velhas, bem mais velhas do que ele, porque ele tinha muito essa coisa da família mesmo. Parece que agora tem uma menina de 15 anos e que estava grávida e que foi descoberto em visita. Não estava fazendo o pré-natal de uma forma, assim legal, dentro do pré-natal do jeito que tinha que ser feito. E ele me parece assim, extremamente assustado, choroso, chegou a abraçar, não chegou a chorar, mas não está tendo uma reação de procurar. Eu cheguei a ligar e deixar recado no celular, não sei se ele pegou, disse que eu queria conversar. Mas, eu acho que ele estava sentindo como uma extrema agressão...*
> *(Marilza – assistente social) A gente acabou dando uma atravessada, aqui no serviço. Porque eu tinha ido um dia com a (enfermeira), ele fez essa conversa. Ele falou que ela tinha medo de agulha, que ela tinha dificuldade de ir ao médico, que ele já tinha insistido. E a gente falou, para ele que era importante, que tem uma chance grande né... "Você contou para a ela?"... (paciente) "Eu contei, mas ela não quer ir". E ai a gente falou: "Pô (I), tem uma chance muito grande de seu bebê nascer legal". E ai ele começou a chorar. Choro muito grande. E ai eu falei: "E, ela sabe mesmo?" "Porque o pessoal do Projeto Esperança foi lá e falou que você não contou". E ele falou: "Quem o Projeto Esperança pensa que é para ousar a falar alguma coisa de mim! Porque eles nunca vieram..." E de fato, ele também está... (Betina-psicológa) Quando ele foi (resolver a questão da guarda - volta da guarda para o pai) (falam junto) Eu cheguei a ir no Fórum, fui chamada pela advogada do Fórum, nós fomos todos convocados para estar vendo essa questão. Quando eu percebi que o pai*

> *realmente não tinha condições, eu fiquei até em dúvida com relação a ele retornar para essa família. Mas também a opção que a gente tinha era péssima. Era uma instituição que não queria mais ele. Nunca quis, sempre de alguma maneira...*
> *(Betina) Tem duas coisas: primeira a questão que levantou uma polêmica muito grande a questão da gravidez em si. Assim, em um primeiro momento eu senti muito assim a equipe muito assustada com o fato de que ele pudesse ser pai. Eu não sei se é porque eu já achava que isso pudesse acontecer ou não, mas eu fiquei preocupada assim: Adolescente a gente sabe que fica grávido. É muito comum, eu não estou dizendo que está certo, mas estou dizendo que é comum. Mas eu percebi assim: Que direito que ele tinha de engravidar uma menina, sendo HIV, sabendo que é HIV e tal...*
> *(Mariana-pisicóloga) Direito no sentido assim da equipe multiprofissional acusando ele, de ele se sentindo acuado...*
> *(Betina) Eu não diria acusando. Acho que uma equipe que se viu acuada. (falam juntos) Não senti que estavam acusando não, acho que (a equipe) se sente acuada mesmo. Assim, é uma situação...*
> *(Mariana) Ele se sentiu acuado...*
> *(Betina) Não a equipe mesmo. A equipe ficou muito incomodada.*
> *(Damares-pediatra) Mas sabe o que é, ele cresceu com a gente, de certa forma nós falhamos também. A gente orientou tanto...*
> *(Betina) Mas eu acho que se orientação fosse suficiente para algumas coisas...*
> *(Damares) Eu não esperava isso.*
> *(Betina) Eu esperava. (todos falam juntos)*
> *(Mariana) Ele vem buscando uma família desde...*
> *(Betina) Eu esperava assim...*
> *(Mariana) E assim eu tenho mais preocupação de o quanto ele se sente pressionado pelo... Porque fica na cabeça dele: "Todo o adolescente pode, ou em algum momento engravidar uma menina, só porque eu sou positivo! eu sou ferrado a vida inteira". E não é fantasia dele, ele é mesmo! "E ai só porque eu sou positivo, fica ai esse monte de chata do serviço de saúde, deixando implícito que eu sou um mau, que engravidei uma menina que pode ter um bebê..." Ele tem mais é que fugir mesmo...*
> *(Betina) Essa é uma outra vertente, que é a vertente de que você ter uma menor de idade com filho. Essa é uma outra questão: Então assim você tem ele que já é maior de idade com HIV, com diagnóstico e tudo mais e uma moça grávida. Só que essa moça grávida tem quinze anos. E ai são duas vertentes: ele e o que você faz com ele e o que você faz em relação a moça.*
> *(Mariana) Você mesma levantou uma coisa em relação a moça, que eu concordei e concordo plenamente. Em relação à moça, do ponto de vista da responsabilidade a responsabilidade é dela fazer pré natal [...]*

Explicitar o que está em questão quando se tem "desconfortos" ou incômodos sentidos pelos profissionais diante de atitudes dos pacientes, idealmente não poderia estar associada a "julgamentos morais" do usuário, em particular com "tons" acusatórios, de tal modo que se feche o diálogo e

suas possibilidades de promover uma reflexão “mais isenta” do problema. A “isenção”, aqui tomada, quer se referir “ao ponto de vista moral”, como tratado em Habermas (1989;1999) que é apoiado nos argumentos que permitem uma avaliação imparcial de questões de ordem moral. Com base na Teoria do Desenvolvimento Moral, Habermas (1989) demonstra que nossas intuições morais ou ponto de vista moral, enquanto reguladores para ações com pretensões de validade, estão apoiados em princípios procedimentais universais e revelam competências interativas, tanto para identificação de conflitos dessa ordem, como para solução conscientes de ação consideradas relevantes.

Parece desafio, nessas situações, estabelecer, primeiramente, bases argumentativas onde não se omitam o problema em questão e as responsabilidades partilhadas em relação a este, tendo, como horizontes éticos e políticos o próprio discurso dos Direitos Humanos (no caso em debate, um referencial possível poderia ser representado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente).

Ao fazer tal movimento, talvez se reconheça situações no discurso, que, dada a sua natureza possam ainda mais, reforçar discriminações ou estigmas. Por exemplo, quando se expressa a preocupação da gravidez apenas apoiada nos riscos da transmissão do HIV, pode-se deixar de considerar o fenômeno gravidez na adolescência como uma questão que afeta todos os jovens, independentemente da situação sorológica e que precisa ser debatida por serviços de saúde e pela sociedade de um modo geral sem excluir os próprios jovens.

A depender de como essa situação é tratada no contexto dos serviços de saúde, especializados ou não, no caso dos jovens com HIV, pode-se acrescentar contornos indesejáveis, reforçando idéias que apontem para situações de estigma e discriminação, interferindo diretamente na forma como esses jovens vão se relacionar com os serviços, seu diagnóstico e o tratamento. Reconhecer que a condição sorológica pode provocar discriminação e estigma geradores de sofrimento para os jovens vivendo com HIV (Ayres et al., 2004) é fundamental, para se pensar propostas terapêuticas possíveis.

Se a finalidade que se quer para o trabalho tem como horizonte o "Cuidado", parece-nos necessário um movimento de leitura do problema muito mais apoiado na identificação das situações que possam gerar "restrições de horizontes" para esses jovens, para assim, identificar em que é possível a contribuição do serviço de saúde, naquilo que lhe é peculiar e próprio e naquilo que não depende só deste, sendo necessário somar esforços com redes sociais disponíveis e dispostas no sentido que aqui apontamos.

Selecionamos ainda um último trecho da discussão onde os profissionais se questionam acerca de porque não conseguiram se constituir como uma referência efetiva para o jovem da situação descrita, o que talvez exemplifique o que problematizamos acima:

> *(Saulo) Mas o que é central nesse caso, do ponto de vista nosso, que eu estava pensando aqui, é isso: porque todo o contato com ele, teu(olhando para Betina) da Damares da Marilza, meu, outras pessoas que não estão aqui, e que tiveram contato com ele por muito tempo, sempre tentaram isso, quer dizer: [...], que nós fossemos um aliado dele nessa trajetória dele, ao lado dele, ao modo dele, mas nós nos colocamos sempre como isso, a proposta sempre foi essa e tal. E é exatamente na hora que ele passa pelo*

> *maior apuro da história dele, estou supondo, porque acho que isso significou o maior, o momento de maior angústia de maior apuro que é ter, que é ser pai com uma menina pequena ainda, correndo esse... Talvez ele ainda não tenha contado para ela do HIV mesmo. Todo esse... Ele não conseguiu lançar mão desses amigos aqui. Talvez seja esse o problema (Falam todos juntos (Mariana) Nós estamos achando que nós somos amigos. [...]*
> *(Saulo) Mas eu estou falando que durante esse tempo, durante esses anos todos de contato com ele, a gente por saber já mesmo que não haviam outras referências, que nós representavamos de alguma forma isso.*
> *(Damares) Então mas isso foi feito. Isso foi feito... A partir do momento que ela foi atrás fez as visitas, viu a situação, colocou...*
> *(Saulo) Eu não estou dizendo que nós não fizemos, eu estou dizendo: o por quê que nós nesse momento não conseguimos representar para ele esse apoio? (muita gente fala junto) (Marilza) Porque ele não sacou...*
> *(Betina) Eu acredito que não, acho que é isso. (Marilza) Eu também acredito que não. (muita gente falando junto) (Marilza) Se a gente acha que o vínculo com ele não foi legal, acho que tem outros adolescentes no mesmo caminho. A gente tem a situação da R, com 13 anos, que a gente fica desesperado. Tem a L que vai fazer 18 anos, da Damares, que a última vez ela desligou o telefone na minha cara, quer dizer (todos falam juntos) (Damares ou Marilza) A gente achou que tinha um vínculo... (Mariana) (comentando uma situação relatada por um adolescente em situação de grupo) ...Eu não vou falar que sou portador, deixou bem claro no grupo. Não vou falar que sou portador, estou bem, estou namorando. Tatuou o [...] aqui tudo, e aí afirmava, eu não vou falar.*
> *(Damares) Mas isso que o Saulo colocou é o que eu sinto também. É assim ele acabou não reconhecendo entre aspas, o serviço como alguém que pudesse ajudá-lo nesse momento. Porque se ele tivesse reconhecido isso ele teria vindo aqui, nem que fosse para chorar aqui em alguma sala, ou conversar com você, comigo ele sempre conversava, mas como você...*

A discussão que se seguiu questionou o trabalho que vem se realizando com os jovens, chamando a atenção para não se diferenciar as abordagens em termos de prevenção entre jovens portadores e não portadores do HIV, mas apontando para a necessidade de reforçar abordagens coletivas e espaços onde os jovens vivendo com HIV pudessem expressar suas particulares dificuldades e dúvidas, seja no que se refere ao tratamento, a descoberta da sexualidade, relacionamentos com amigos, família etc. Permaneceu ainda muitas dúvidas a respeito da forma como

devem conduzir os casos em geral que envolvem adolescentes e gravidez nesse contexto.

4.7.8 O dilema que envolve a comunicação de diagnóstico para parceria sexual de pessoas vivendo com HIV/aids

Na discussão de caso que acabamos de problematizar, uma das preocupações foi justamente a dúvida dos profissionais em relação ao conhecimento da jovem, companheira do paciente, acerca de seu status sorológico. De modo geral, a comunicação do diagnóstico para parceiros sexuais de pessoas vivendo com HIV/aids representou para os profissionais, um confronto de deveres entre o respeito à privacidade do usuário, por um lado, e responsabilidades "éticas" perante interesses públicos, por outro. Tomaram também como dever do profissional realizar um trabalho com finalidades implícitas de evitar novos casos, através da comunicação do diagnóstico a parceiros sexuais. O problema se colocou, e também o conflito entre deveres, quando houve dificuldades do usuário para comunicar parceiros sexuais, por razões diversas, além de não seguir as orientações de prevenção:

> *"Então é uma regra, é você trabalhar sempre para que o usuário revele seu diagnóstico para o seu parceiro sexual. Você trabalha, você estimula, você fortalece a pessoa, para que a pessoa revele. A outra é você aguardar um tempo e trabalhar o uso do preservativo durante esse tempo na confiança e tal. Uma terceira, é você demonstrar para ele que você tem uma responsabilidade coletiva que vai para além do individual, uma responsabilidade que não é só com ele é com o outro também, e que você tem algumas... não são leis, mas algumas... é, normatizações que te obrigam a revelar uma sorologia, que te obrigam. Então olha, tem alguns pareceres, inclusive do seu conselho que lhe dão suporte ético na revelação, na quebra de sigilo, digamos assim. Então é*

> *uma coisa que a gente conversa com ele. Mas de pano de fundo, está assim, que é uma outra regra não escrita que é nunca quebre o sigilo. Nunca quebre o sigilo, então, até para a gente entender [...] pequenas regras que facilitem lidar com essa situação, porque elas são iguais para todos os nossos usuários; aqueles que não resolvem simplesmente com você estimular, você esperar, que ele revele, esperar que ele traga que ele converse, para você não quebrar o diagnóstico dele, não quebrar o sigilo, que é muito ruim para ele, para ele mesmo, é ruim para a coletividade também. Porque você perde esse caso de vista, você perde a confiança dessa pessoa. [...]. Tem aqueles que não... Ai quando surge aquele que não conta, que passam seis meses, passa um mês, passam quatro ou cinco, que não adotou o preservativo que o profissional sabe disso, ai surge esse conflito. Surge conflito que a nossa tendência é sempre solucionar em equipe. É uma coisa muito difícil, uma coisa muito forte para um profissional só, muito pesada, é uma questão que não tem uma saída simples. Não basta o conselho de medicina ter um parecer dizendo que você está autorizado a fazer, não basta você... [...]. Então, a gente não tem resposta para isso. E esse é um dos casos que comumente, comumente vai para a discussão..." (Suzana)*

Como nossa entrevistada destaca, o conflito se estabelece para o profissional quando esse percebe que, dado a não correspondência do paciente às recomendações de prevenção e a comunicação de parcerias sexuais, parece haver uma responsabilidade implícita para o profissional no sentido de que esse tome uma atitude que poderia implicar em rompimento de laços de confiança a partir do rompimento da confidencialidade do diagnóstico. Nossa entrevistada relata que, embora haja pareceres do Conselho de Ética Médica (e recomendações nos Manuais de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999, 2004)) na prática, essas recomendações não são suficientes para a decisão quanto a melhor coisa a fazer.

Chama a atenção que nesses casos é necessário o recurso da discussão entre a equipe. Isso porque, nessas situações estão colocadas argumentações morais onde conflitos de interesses (entre coletivo e individual) são evidenciados e não podem ser dirimidos a partir unicamente

da aplicação de uma regra de conduta. Aqui, claramente, as regras terão que ser discutidas e debatidas a partir do reconhecimento intersubjetivo de pretensões de validade, e suas conseqüências frente às situações práticas, levando em conta as particularidades do caso, assim como todos os sujeitos que estarão submetidos a sua aplicação.

Mas houve situações em que os profissionais, conduzindo o caso e em comum acordo com paciente, compreenderam que este, embora não revelando seu diagnóstico para o parceiro, estava seguindo as recomendações de prevenção, o que de certo modo, adiou a urgência em comunicar o diagnóstico:

> *"Acho que depende muito do comportamento do paciente. Por exemplo, eu tinha um paciente e eu acreditava nele. Embora ele não tivesse aberto o status sorológico dele, ele usava preservativo. Essa é uma coisa que me deixa tranqüila. Eu confio no preservativo, (risos) O programa confia no preservativo. Ta aí uma estratégia [...] Esse é uma situação, a outra situação é a do cidadão que não uso preservativo[...] Então essa é mais urgente, mais premente." (Suzana)*

O problema dessa decisão partilhada entre o profissional e seu paciente foi quando o suposto "terceiro" da relação se corporificou em um cidadão presente no serviço de saúde e não houve o entendimento, de pronto, dos argumentos que justificaram a manutenção da confidencialidade, criando situações tensas vivenciadas pelos trabalhadores. Nesse caso o profissional envolvido na situação se viu obrigado a colocar novamente seus pressupostos para validação, agora junto à pessoa que, à primeira vista, reconheceu na situação potenciais riscos para a sua saúde, supostamente, evitáveis caso o profissional tivesse quebrado o sigilo:

> "*Ele internou aqui na UR-Sul inclusive. E ele era uma pessoa extremamente difícil. Difícil. Ele é um paciente difícil de trato, é difícil de lidar. E ele internou. Ele era médico, é um paciente difícil,*

> *paciente rebelde, uma adesão um tanto oscilante. Às vezes aderia, às vezes ficava resistente. E quando ele internou... [...]E aí um dia ela(parceira) estava conversando com a equipe e falando: "Mas ele está nessa"...,E alguém da equipe responde: "É o problema dele é porque ele não adere muito ao tratamento, ele não é aderente aqui. Ele está tomando medicação há não sei quanto tempo... Ah ele não esta tomando remédio direito, mais não sei o que" [...]. Ai ela falou assim: "Há muito tempo? Como assim!?.[...[ao que o profissional responde: "Ele se trata aqui desde de 92". Aí ela fez assim: "Poxa! três anos que eu estou com ele e eu estou sabendo disso há seis meses!"[...]... Gente, foi um inferno! O inferno, você não imagina![...] Essa mulher fez uma confusão aqui. Quando eu voltei era aquele clima, porque ela gritava aqui que a médica fez uma coisa errada e estava fugindo dela. A instituição inteira... E eu digo: Meu Deus e agora?!. Gente eu perdi minha credibilidade! Foi um inferno. Eu procurei ela na internação e ela quase me mata. Então é uma situação difícil. Difícil para ela, eu entendo ela. Difícil para ele.(L- E aí ele te ajudou a explicar?). Não, coitadinho, ele estava meio mal. Ele não me ajudou a explicar, assim de intervir com palavras. Mas eu acho que a situação dele ajudava, porque ele estava tão vulnerável em cima da cama. Que não é porque ele não estava na cama há um ano atrás que ele não estava vulnerável, foi essa a minha conversa. E ela dizia, mas você tem obrigação de me falar. E eu digo olha: Complicado isso. Eu acho que tenho obrigação para com você e para com ele e para com a sociedade. São muitas as obrigações. Difícil hierarquizar as obrigações, e é difícil fazer as coisas no preto e no branco. Eu não acredito muito nisso. A lei manda você aplica, só se eu for advogado ou juiz [...] Não é assim, conversei com ela e tentei fazer ver que no fundo... Que eu achava que ela estava se sentindo traída, por ele e por mim. Ela veio em outras consultas comigo e eu nunca falei para ela que ele tinha aids há muito tempo. Pelo contrário. Eu falei para ela que eu tinha pedido o exame. E eu assumi. Eu menti para você. Você tem razão.[...]. Mas é uma situação difícil essa. Eu entendo que você esteja se sentindo traída, que você foi traída quanto a isso, mas não enquanto todo o sentimento que importa. Não é?. Tem o medo de perdê-la, da rejeição, o medo de saber contar, o medo de saber que você iria se sentir desse jeito, se você soubesse que desde sempre ele sabia do diagnóstico. O medo disso, daquilo, daquilo outro.[...]. Ele usava preservativo com você, e eu acreditava nele, eu tinha uma relação tranqüila com ele. Você mesmo me disse quando você veio, que você usava camisinha, sempre usou com ele, que ele sempre fez questão. Que algumas vezes você achava que não, porque queria ter um filho. Antes de casar, porque ela queria engravidar e queria tirar a camisinha dele e ele que não tirou e tal. Eu sei que eu tinha obrigação de te chamar. Mas tinham algumas coisas que me deixavam mais tranqüila nessa situação. Até porque eu achava que você precisava ser preparada, apesar de você ter ficado brava foi muito difícil... Foi uma saia justa." (Suzana)*

O que parece ocorrer, do ponto de vista do julgamento das pessoas não implicadas diretamente na situação (embora afetadas por ela, como membros de uma sociedade que convive com a epidemia do HIV/aids), são

dificuldades inerentes ao estabelecimento de consensos, que considerem todos as possíveis implicações do problema da aplicação simples da regra. Por exemplo, não é simples tratar da comunicação do diagnóstico em contextos de violência, onde a comunicação poderia implicar em riscos para a vida da pessoa envolvida, como relatado por uma entrevistada do SAE - Leste:

> *"Eu perdi uma paciente que terminantemente falou que não ia contar pros namorados dela e ela foi assassinada, por um dos namorados que soube que ela era depois e que, e ele não se contaminou, mas pelo fato dela não ter explicitado, ela pagou. Nessa periferia a gente tem que ter noção que a gente está numa área de extrema violência. Não pensam duas vezes. Eu tenho caso aqui de paciente pedir pelo amor de Deus, me dá um relatório que eu não tenho HIV e ele é HIV, porque alguém do tráfego, alguém do tráfego que é companheiro dela vai matar se souber...."(Maria da Penha)*

Essa é ainda uma situação que parece ser precedida de diferenças quanto ao entendimento de qual seria a melhor decisão, quando se tem em mente tanto o respeito a interesses públicos, como de preservar a vida, a dignidade a privacidade das pessoas vivendo com HIV, sem que isso represente isentá-las de suas responsabilidades enquanto cidadãos dessa sociedade.

Do ponto de vista mais geral, ou da sociedade "genericamente representada" em instâncias como da justiça comum, os argumentos parecem tender a uma avaliação muito mais apoiada na responsabilização, primeiramente da pessoa vivendo com HIV/aids, como no exemplo da decisão judicial, publicada no jornal O Estado de São Paulo, inédita no Brasil, de condenação de um portador do HIV, por homicídio intencional, por ter mantido relações sexuais sem que a parceira tivesse conhecimento da situação (Leite, 2007).

Pareceres jurídicos que centram na responsabilidade apenas no sujeito portador do HIV, desconsideram os contextos relacionais que envolvem a questão das parcerias sexuais, assim como a forma em que tem sido estruturada a resposta brasileira à epidemia do HIV/aids. Em sentido inverso, parece-nos necessário proceder a um exame cuidadoso das situações, reconhecendo responsabilidades partilhadas e partilháveis no sentido de como as pessoas, “em tempos de aids” e no Brasil (onde a resposta à epidemia é muito diferente, se comparada a outros paises, como, por exemplo, na África), podem ou não, assumir, por exemplo, o uso de preservativos em suas relações sexuais.

Parece-nos que argumentos que tendam a resumir o problema pela culpabilização ou responsabilização apenas das pessoas vivendo com HIV/aids, são menos produtivos que uma prática dialógica entre interessados, com argumentos que construa uma normatividade debatida por todos os sujeitos envolvidos (mesmo que hipoteticamente). O desafio é encontrar potenciais para a criação de estratégias para a prevenção que apontem para possibilidades de aberturas interpretativas ao problema.

Assim, orientando-nos pela ética discursiva, qualquer norma, por mais consolidada que possa parecer, merece ser problematizada sempre que suas pretensões de validade são postas em questão pelos sujeitos que se submetem a ela. Os argumentos que as fundamentam, necessitam ser evidenciados e submetidos a um novo ¨juízo público¨ e, nesse caso, essa será avaliada sem perder de vista os horizontes éticos e políticos apresentados pelo discurso dos Direitos Humanos.

5 – CONCLUSÕES

5.1 Retornando às perguntas iniciais do estudo: aportes teóricos e questões práticas

Tomamos o trabalho em saúde como trabalho social que expressa suas ações em duas dimensões: como ação produtiva, dentro de uma racionalidade dirigida a dados fins, isso é como ação teleológica, e como ação comunicativa realizada a partir da interação entre os sujeitos participantes das ações. A partir da dimensão eminentemente relacional e comunicacional desse trabalho, nos propusemos investigar “aspectos” relevantes para o julgamento dos profissionais acerca de questões relativas a conflitos morais na construção de projetos terapêuticos, para pacientes vivendo com HIV/aids.

Buscávamos aqueles aspectos que representavam mais propriamente aportes inerentes a posicionamentos dos profissionais, acerca de ideários de modos de vida, que acreditam adequado para si e para o Outro na relação assistencial. Esse aspecto não técnico, presente no julgamento dos profissionais, nomeamos como aspectos “morais” implicados no fazer em saúde. Nossa questão era saber quais são os aspectos morais com que estes profissionais se defrontam no seu cotidiano de trabalho e o modo como estão lidando com tais aspectos, tendo por referência a perspectiva do Cuidado, assim como, os ideários preconizado pela PNHSUS.

Com essas considerações, propomos uma aproximação das situações onde esses "ideários" foram colocados à prova. A partir de situações problemas relatadas pelos profissionais, buscamos compreender as razões dos conflitos vivenciados, assim como, reconhecer as estratégias utilizadas para suas resoluções.

Para dar conta dessas pretensões, foi necessário buscar referenciais para conceituações e aportes que nos auxiliassem na compreensão de como são "formados" os pontos de vista morais nas situações de prática estudadas, isto é, nos serviços de atenção a pessoas vivendo com HIV/aids. Para isso nos apoiamos fundamentalmente na Teoria da Ação Comunicativa e na ética do Discurso de Habermas, e na Bioética prática, tal como proposto por Gracia.

As proposições da ética discursiva habermasiana tornaram possível reconhecer a racionalidade que orienta as convicções dos sujeitos do plano da moral ou da normatividade socialmente partilhada. Essa construção teórica nos apresenta uma *Ética da razão prática,* que pode ser reconhecida nos princípios onde são apoiados ideais do "bom e do justo", tanto para o indivíduo, como para todos os membros de uma comunidade ou sociedade. Essa ética expressa na racionalidade dos sujeitos, membros de uma comunidade lingüística, os aproxima de valores publicamente defensáveis. Ela "implica não só o auto-conhecimento e a auto-compreensão, como também certos ideais, certos valores" (Habermas,1989). Por exemplo, quando alguém decide qual o seu ideal de vida, o faz tendo em vista certos valores, ideais ou modelos. Esses ideais e modelos fazem parte do acervo

cultural e das tradições nas quais somos socializados e somos tanto signatários como construtores (ou reconstrutores), dando novas aberturas para o futuro como sujeitos do nosso tempo. Nesses termos, a ética traduz-se como apossar-se de uma herança assumindo o controle sobre ela.

Essa aproximação, mais circunscrita ao campo da Filosofia Moral, necessitava de mediações que aproximasse a questão dos valores ao contexto do fazer em saúde. Assim chegamos a Bioética como um discurso "ponte" que nos possibilitou pensar valores humanos aplicados ao fazer em saúde.

Muito mais preocupados com os aspectos de uma *ética prática*, do que propriamente uma preocupação voltada à aplicação de princípios da Bioética, tomamos dos estudos de Gracia (1991, 2005), suas tematizações acerca da questão dos conflitos de ordem moral entendidos como conflitos de deveres, transportando esse referencial para o espaço das decisões clínicas. Partindo dos deveres, como um fazer diretamente afeto à realização de valores humanos, reconhecidos e partilhados, esse autor nos apresenta, em sua *Semiologia dos Conflitos Morais em Bioética,* uma proposição metodológica aplicada ao processo de decisões no campo da clínica, para subsidiar as discussões dos profissionais, quando esses se deparam com conflitos de natureza moral. Reconhece que há uma racionalidade nas decisões que envolvem aspectos morais na atenção à saúde, mas demarca que conflitos dessa natureza não conseguem ser dirimidos a partir de uma lógica apodíctica. Com Aristóteles, assume que, nessas situações, os profissionais terão que submeter o problema a uma lógica dialética,

considerando opiniões racionais que não o esgotam de uma só vez, permitindo assim, em sua abertura, outras possibilidades de argumentos que podem ser inclusive contraditórios, e mesmo assim defensáveis, visto que neles se reconhecem valores. A deliberação nesses termos consiste na ponderação dos fatores intervenientes nas situações concretas, com vistas à tomada de decisões razoáveis e prudentes.

Para essa aproximação ao trabalho dos ambulatórios especializados em DST/aids e seus conflitos morais, recorremos, ainda, ao referencial teórico do Cuidado explicitando nosso próprio horizonte de normatividade ética para debater essas práticas, entendida essa normatividade no sentido habermasiano de princípios procedimentais, não de conteúdos ou princípios *a priori*. Buscamos, assim, identificar no material empírico aberturas e limites para uma ética do Cuidado no contexto da atenção a pessoas vivendo com HIV/aids.

Ao assumir que os profissionais *devem* realizar valores humanos publicamente defensáveis, buscamos, a partir da proposição do Cuidado problematizar os relatos dos profissionais de saúde entrevistados e/ou observados, examinando esse fazer com vistas à identificação de valores e de modo de manejá-los contrafaticamente reconhecidos desde as situações concretas de prática.

5.2 Aspectos morais implicados no Cuidado: sobre os desafios para a consolidação das práticas humanizadas

> *"Eu acho que somos valentes, acho que a gente fez o serviço. Acho que os serviços de aids são a prova de que o SUS pode dar certo e nós temos a responsabilidade de levar até o fim sim, como o último dos moicanos." (Marilza)*

A partir dos resultados e discussão, reconhecemos que valores como o da justiça social e da solidariedade, fizeram parte das motivações que levaram os sujeitos a escolhas de um trabalho como aquele realizado na área da saúde. Como integrantes de uma "comunidade" de valores partilhados, esses trabalhadores se inscreveram em uma "tradição" já desde o discurso da Reforma Sanitária, que culminou na constituição do SUS, no qual acreditam e o qual defendem ativamente. Consubstanciam esses valores do fazer em saúde, construído a partir do discurso do SUS, em princípios como o da integralidade, contraponto a abordagens que reduziam o doente à doença, e da universalidade, expressa na necessidade da garantia universal de cuidados a todos os indivíduos.

A resposta brasileira à aids acrescenta ao discurso do SUS, mais ativamente, o discurso dos direitos humanos, horizonte ético e político do movimento social que é parte importante dessa resposta.

De diferentes formas, esses valores foram assumidos pelos profissionais como horizontes para as práticas de saúde no contexto do HIV/aids, traduzindo-os em exigências para essas práticas.

Os trabalhadores referem que foi necessário rever preconceitos e considerar diferentes modos de vida para a realização de um trabalho

preocupado com os ideários acima descritos e tendo como finalidade a construção de projetos terapêuticos singulares. Consideraram necessário o estabelecimento de vínculos, registrando seus *afetos* e proximidades com seus pacientes, onde há, de certo modo, um reconhecimento mútuo entre esses sujeitos do espaço assistencial, o que parece já apontar para potenciais que mudam a ótica do tratar para o cuidar nesse contexto.

Mas há "tensões" e essas foram expressas a partir dos limites institucionais frente às demandas dos pacientes; os limites do profissional diante de questões ligadas ao contexto social e ainda do comportamento do paciente quando esse não corresponde às recomendações dos profissionais.

5.2.1 Reconhecer potências nos usuários

A necessidade de defesa de práticas inclusivas parece apresentar diferentes concepções entre os profissionais do "como fazer" que ora pareceu pretender dar conta de "todas" as necessidades dos usuários e ora exigiram retomar discussões sobre quais são as possibilidades do trabalho com finalidades circunscritas, diante das situações problema estudadas.

Para essa questão, e sob a rubrica da integralidade, os profissionais apresentaram argumentos que tendem a assumir como responsabilidade dos serviços todas as demandas dos usuários, já que essas trazem impactos nas suas condições de vida e de saúde. Mas, principalmente naquelas situações onde as maiores dificuldades estiveram afetas a

contextos sociais adversos, em que pese os limites institucionais, os profissionais assumem estratégias “pouco ortodoxas” criando respostas pontuais e sem possibilidades de sustentação institucional.

O problema, nesse caso, nos pareceu de duas ordens: a primeira se referiu à própria relação que o profissional estabelece com o usuário, considerando mais suas fragilidades do que seus potenciais e, a segunda, tomar o serviço de saúde, como a “única” rede social de referência disponível para aquele indivíduo.

Quando se ressalta mais a dimensão de “paciente fragilizado”, afirma-se (ou se reafirma) sua condição de “objeto” para a intervenção instrumental, mais do que, propriamente, seu reconhecimento como sujeito livre com interesses que são partilháveis, pois que nos une enquanto humanos e para além da instrumentalidade prevista para esse encontro.

Exigências humanas recolocadas dessa forma não excluem dos sujeitos suas responsabilidades, mas pressupõem processos de mediação lingüística onde planos de validade possam ser examinados, tanto por profissionais como por pacientes e, onde esses “suspendam” suas respectivas certezas, permitindo a reconstrução tanto de “horizontes normativos comuns”, como a construção e aposta solidária em projetos de vida e saúde desejáveis.

Para o estabelecimento de relações intersubjetivas “produtivas”, no sentido de apontar para valores contrafáticos, parece necessário um movimento que visibilize esses sujeitos (usuários) com potências e como também capazes de superar, ao seu modo, os desafios cotidianos. Ou seja,

quando a partir de um quadro julgado de muita fragilidade, seja pela condição de saúde, seja por contextos sociais ou pessoais adversos, deixamos de perceber o movimento que esses usuários fazem para busca de respostas para suas demandas, de certa forma nos afastamos da dimensão do reconhecimento mútuo e da alteridade, como possibilidades e expressão de sujeitos livres. O desafio, nessa perspectiva, seria de superar práticas assistenciais de saúde que se reproduzem com uma racionalidade baseada em relações de subordinação, que de antemão, tomam aquele que é assistido como *debilitado*, não só do ponto de vista de sua saúde, mas em sua existência.

Produzir intervenções apoiadas em princípios como da solidariedade, que é fundada na vontade de universalizar a dignidade humana, pressupõe o reconhecimento da autonomia dos sujeitos, expressa na capacidade destes de fazer escolhas, como sujeitos e cidadãos pertencentes de uma mesma sociedade, não se negando as características eminentemente relacionais (intersubjetivas) em que todos estão colocados a partir de suas redes sociais. Direitos fundamentais, apoiados numa perspectiva inclusiva, de dignidade humana, não podem restringir sua realização a partir de uma "bem intencionada" filantropia, ou a partir da caridade das boas intenções de pessoas particulares, onde se confunde a efetivação de direitos humanos com ajuda humanitária. Esse entendimento, por vezes, parece informar práticas de saúde, que podem reforçar posições de dependência.

5.2.2 Partilhar com usuários a discussão de ordem ética

Os conflitos morais identificados se referiram a situações onde os profissionais se deparam com aspectos da vida cotidiana dos usuários em que, a partir de valores socialmente partilhados, há críticas às “escolhas” ou conduta desses, tomando como dever do profissional “interferir” na situação para “prevenir” ou “corrigir” uma situação que julgam como potencialmente ruim tanto para o paciente em questão, como para o coletivo ou para a sociedade. Essa possível intervenção, via de regra, poderia implicar em negação da autonomia do paciente, o que por si só, já é considerado um problema de ordem ética. De modo geral, os argumentos mais presentes nesses casos foram apoiados na defesa de um “interesse público” e proteção da vida, em detrimento de interesses, aparentemente, particulares.

Um possível elemento comum entre as situações trazidas nos relatos, como problemáticas, onde reconhecemos conflitos de ordem moral, foi justamente o caráter de *resistência* que fazem os usuários às indicações dos profissionais, essas apoiadas em ideários de Boa Vida e associados à idéia de “um dever”, aparentemente circunscrito ao profissional. Da mesma forma que na questão anterior, onde se tomava o usuário como objeto da intervenção a partir do seu reconhecimento como necessitado, aqui a “objetivação” do sujeito usuário, se dá a partir de uma “disputa” acerca de planos ideais para a vida daqueles que são assistidos. Os profissionais parecem expressar uma *totalidade ética pressuposta* e pouco permeável a

uma discussão, que poderia sugerir reflexões acerca do próprio plano de validade em que está apoiada.

Mas, ao contrário do que poderia parecer, as situações de conflitos não foram caracterizadas como uma contraposição entre valores defensáveis pelos profissionais e não por seus pacientes. Nas situações apresentadas, foram relatados problemas ligados às contingências da vida das pessoas, mais do que argumentos que indicassem discordância acerca de modos de vida, em sentido forte, isto é, quanto ao que valorizavam para a vida e a saúde. Os relatos deram conta de que, para as situações difíceis, o que esteve em questão foram impossibilidades dos usuários em corresponder, de pronto, ou a normas sociais reconhecidas como válidas, ou a certos ideários para a vida e a saúde conforme recomendações dos profissionais.

Em que pese ser disso que se tratou, ainda parece relevante indicar que há necessidade de mais investimentos na problematização dessas situações entre os envolvidos (aqui entendidos todos os implicados diretamente e indiretamente na situação), acerca das condições concretas que envolvem questões como, por exemplo, de justiça e de direito, ou quando há riscos para a integridade da pessoa etc. De fato essas situações envolvem valores reconhecidos intersubjetivamente e planos normativos válidos. A tensão se colocou frente às responsabilidades fundadas nos "deveres" aparentemente pouco partilhados com usuários, do ponto de vista de um diálogo, em sentido forte. Quando os profissionais assumem como dever equacionar as situações que representaram conflitos morais, tomam o caso de modo quase *monológico*, ou seja, levando em conta, os aspectos

das próprias responsabilidades enquanto trabalhadores e dos serviços enquanto instituição, mais do que considerar as possibilidades de construção de projetos onde são co-responsáveis, incluído os usuários tanto no problema, quanto como parte importante de sua solução.

Se, esse movimento de auto-responsabilização é positivo do ponto de vista do necessário envolvimento desses profissionais com o trabalho e seus pacientes, por outro lado, ainda parece necessário movimentos que construam práticas que efetivamente possibilitem reconhecimentos entre esses sujeitos. Nesse caso, o *reconhecimento* que se quer é fundado na solidariedade ética vinculada à efetividade social de uma vontade compartilhada. Pressupõe, ainda, concepções sobre dignidade humana vista como um conceito dialógico, ou seja, fundamentada no recíproco reconhecimento de identidades autênticas, mas constituídas em relações humanas. É justamente essa conexão dialética entre mediação lingüística (ação comunicativa), trabalho (em sua função social) e interação de sujeitos na busca de interesses partilháveis, que possibilita a reflexão ética com potenciais para apontar possíveis caminhos para as situações difíceis relatadas.

5.2.3 Reconhecer como horizonte ético e político para as práticas de saúde a Humanização e o Cuidado

Quando os profissionais, diante das situações que julgaram como difíceis, necessitaram de problematizações coletivas, recorrendo a

reuniões, já apontaram uma outra dimensão atinente ao “fazer” profissional, onde reconhecemos preocupações éticas para a ação, pressupondo a busca de novos entendimentos, nesse caso, entre os trabalhadores. Apesar das nossas considerações acima, onde se evidencia uma certa centralidade nas responsabilidades dos profissionais, o fato de debaterem o caso difícil ou problemático, traz como exigência um primeiro movimento que é de reportar o paciente, recolocando suas questões. Dessa forma, sua presença no espaço assistencial é, por assim dizer, requalificada, através do exercício que os trabalhadores se impõem para o debate, como por exemplo, a apresentação das diferentes dimensões da vida do usuário, seus problemas em face às propostas e responsabilidades do serviço de saúde. Desse modo, só é possível defender planos de validade discursiva que orientem a ação, considerando esse sujeito “reportado” e fazendo ensaios quanto a possíveis conseqüências ao se indicar qualquer intervenção.

Uma outra dimensão que nos pareceu presente nesse exercício de debate dos casos foi seu potencial para ir além da emergência de um usuário “requalificado” e propostas para a intervenção naquele caso. Ao discutir o caso, os trabalhadores fazem emergir da situação particular *temas* que representam interesses relativos não apenas ao caso particular, mas representam questões ou demandas de interesse comuns. O reconhecimento dessas demandas comuns, aponta a necessidade de rever processos de trabalho e indicar novas propostas ou novas alternativas assistenciais dentro das possibilidades institucionais.

Assim é que pudemos observar movimentos a partir da crítica que esses trabalhadores fizeram às próprias intervenções propostas para o caso do adolescente, por exemplo, onde tomaram como desafios para o serviço propor ações que abordem questões da gravidez na adolescência como tema de interesse geral na atenção aos jovens vivendo com HIV/aids. Ou, ainda, como registraram os trabalhadores da UR-Sul, que a partir da discussão dos casos de pessoas com dificuldades de inserção social, além de recolocarem os limites da instituição, criaram uma nova modalidade assistencial de oficinas terapêuticas.

Essa estratégia de discussão dos casos e reformulação de projetos terapêuticos a partir dessas discussões, talvez seja um dos achados mais interessantes quando se tratou das formas que os trabalhadores encontram para dirimir ou encaminhar as situações difíceis. Isso porque o uso público da razão (mesmo que nesse caso "o público" seja representado pelo conjunto de trabalhadores que debatem o caso, ou os casos) permite a reconstrução da validade normativa por meio do procedimento discursivo. Podemos associar a esse "procedimento" as recomendações da Bioética prática, ao assumir, para as decisões que envolvem conflitos morais no espaço da clínica, avaliação da situação desde o ponto de vista dos fatos e dos valores envolvidos na situação, para identificar possíveis cursos de ação antes de se tomar decisões.

Essa abertura de horizontes normativos para orientar a boa prática, tanto em termos de ampliar seus objetos de interesse para além do controle clínico quanto em termos de imprimir-lhe uma construção essencialmente

dialógica mostra-se bastante positiva quando examinamos a situação desde da perspectiva do Cuidado.

Essa perspectiva, toma como compromisso para as tecnociências, em seus meios e fins, “a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum” (Ayres, 2004c:19). Isso implica em ampliar os horizontes normativos pelos os quais se apóia o fazer profissional, expandindo-o da referência do controle da doença (também necessário), para a idéia mais ampla de felicidade. Nesse caso a idéia de felicidade, busca escapar das restrições conceituais implicadas na tecnociência e das definições que tomam a “saúde como um estado de completo bem estar físico e mental”. Tomar-se a “idéia de felicidade” como um *horizonte normativo* para as práticas de saúde implica em reconhecer o movimento próprio da noção de horizonte, que ao se deslocar, recoloca como necessidade reconstruções constantes das ações (Ayres, 2004b).

A noção de projeto de felicidade ainda traz como exigência tomar a experiência vivida e os valores que orientam positivamente essa experiência. Desse modo, questões associadas a concepções acerca de saúde, estrito senso, são reorientadas, tomando essa experiência vivida como parâmetro necessário às ações a serem propostas.

Ao se propor uma Política Nacional de Humanização para o SUS, que traz em suas proposições diretivas a necessidade de reconhecer a “palavra”, principalmente dos usuários, essa diretriz ganha caráter pragmático nas proposições do Cuidado. A humanização se dá, em sentido

ético, no reconhecimento de sujeitos enquanto *presença*, parte inexorável da relação. Presença intersubjetiva do e no encontro assistencial, único e peculiar, construtivo e reconstrutivo de ações. O que se defende é que, ao tomar a dimensão da felicidade como horizonte para práticas em saúde humanizadas, mesmo e, principalmente, naquelas situações que mais desafiam nossos princípios e valores enquanto trabalhadores desse campo, possamos nos abrir a possibilidades de reconhecimento e validação democrática de novos valores a serem realizados, valores que, enquanto tais, nos interessam e nos unem como humanos.

6 – REFERÊNCIAS

Abrão BS. *História da filosofia***.** São Paulo: Nova Cultura; 1999.

Aragão L. *Habermas filósofo e sociólogo do nosso tempo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

Araújo IL. A natureza do conhecimento após a virada lingüístico-pragmática. *Revista de Filosofia* (Curitiba). 2004; 16(18):103-37.

Ayres JRCM. *Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.

_____. *Sobre o risco para compreender a epidemiologia***.** São Paulo: Hucitec; 1997.

_____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2000; 6:117-121.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):63-72.

_____. Norma e Formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004a; 9(3):583-92.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.* 2004b; 8(14):73-91.

_____. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004c; 13 (3):16-29.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):549-60.

_____. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*. 2008; 4(2):(prelo).

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerablidade e Prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, editores. *Sexualidades pelo avesso*. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 50-72.

Ayres JRCM, Segurado AAC, Galano E, Marques HHS, França Junior I, Silva MH, Della Negra M, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Paiva V. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids: Cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional*. Enhancing Care Iniciative Aids*. São Paulo. 2004.

Anjos MF. Bioética abrangência e dinamismo. *Logos redemptor* [periódico online]. 1996. [citado em nov 05]; 4(2):131/43: [12 telas]. Disponível e http //www. redemptor.com.Br/site/index.php?id_pagina=292

Bannwart Júnior C J. O agir moral numa sociedade pós-convencional. Revista da Universidade Estadual de Londrina - Departamento de Filosofia. Londrina. 2005. [periódico online] [citado em 20/05/2007]; 1(1): [14 telas]. Disponível em http://www.uel.br/cch/filosofia/revista/agir-moral.html.

Bini E. *Ética a Nicômaco Aristóteles***.** São Paulo: Edipro; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *AIDS I – Relatório de atividades: O perfil dos SAE*. Brasília; 1995.

_____. Programa Nacional de DST/AIDS. *Legislação DST e AIDS no Brasil.* Brasília, 2000.

_____. *Manual da Política Nacional de Humanização Assistência Hospitalar (Manual PNHAH)*. Brasília; 2000.

_____. *Manual de Humanização do SUS: HUMANIZASUS.* Brasília; 2003.

_____.*Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: À obra de Maria Cecília Donnangelo* [Mota, A; Silva JA; Schraiber LB]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____.Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis.* Brasília; 2006.

Caponi S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Cenci, A. *A controvérsia entre Habermas e Apel acerca da relação entre moral e razão prática na ética do discurso* [tese]**.** Campinas: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Centro de Estudos da Metrópole. *Mapa da Vulnerabilidade Social do Município de São Paulo*. [relatório online]. 2005 [citado em 13/04/2008]; [32 telas]. Disponível em http://www.Centrodametropole. org.br/mapa.html#projeto.

Chauí MS. *Os pensadores: Kant vida e obra*. São Paulo: Nova Cultural; 1999.

_____. *Convite a filosofia*. São Paulo: Ática; 2000.

Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). *Aids e ética médica.* São Paulo; 2001.

Correia FA. *A alteridade com critério fundamental e englobante da Bioética* [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1993.

Cruz EF. *Espelhos d'aids: infâncias e adolescências nas tessituras da aids* [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Daniel H, Parker R. *Aids a terceira epidemia: ensaios e tentativas.* São Paulo: Iglu; 1991.

David R. *A vulnerabilidade ao adoecimento e morte por aids em usuários de um serviço ambulatorial especializado em DST/aids do Município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Deslandes SF 2004. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):7-14.

Deslandes SF, Ayres JRCM. Humanização e cuidado em saúde (editorial). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):510.

Diogo AAL. Escola de Frankfurt. *E- Dicionário de Termos Literários*. In Ceia C. [dicionário eletrônico]. 2005 [citado em out 2007]; [6 telas]. Disponível em http:www.fcsh.unl.pt/edtl.

Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM de. Tendências da epidemia de aids no Brasil após terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(Supl 1):9-17.

Ferreira Filho CG. A tese fundamental da ética do discurso de Karl-Otto Apel compreendida de modo pragmático transcendental. Invenção e Fuga [periódico online]. 2006 [citado em nov 2007]; [1 tela]. Disponível em http://invencaoefuga.pot.com/2006/09/tese-fundamental-da-tica-do-discurso.html.

França-Junior I, Ayres JRCM. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Zoboli ELP, Fortes P (org.).*Bioética e Saúde Pública.* São Paulo, 2003. p. 63-69.

Freitag B. A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. *Tempo Social – Rev. Sociologia da USP***.** 1989; 1(2):1-32.

_____. *Itinerários de Antígona: a questão da moralidade.* 2a ed. Campinas: Papirus; 1997.

Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Informação Científica e Tecnológica e Coordenadoria de Comunicação Social. Biblioteca virtual Sérgio Arouca: O sanitarista. [biblioteca virtual]. 2008 [citado em ago 2008]; 1(1):[9 telas]. Disponível em http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/.

Gadamer HG. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina.* Lisboa: Edições 70; 2002.

_____. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.* 5a ed. São Paulo: Editora Vozes; 2003.

Goldim JR. Definição de bioética Potter 1970*.* [portal bioética online]**.** 1997 [citado em set 05]. Disponível em http://www.Bioética.ufrgs.br/bioetica.htm

_____. Bioética: origens e complexidade. *Revista Hospital das Clinicas de Porto Alegre*. 2006; 26(2): 86-92.

Gonçalves MAS. Teoria da ação comunicativa de Habermas: Possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. *Educação e Sociedade.* 1999; 20(66):125-40.

Gracia D. *Procedimiento de decisión en ética clínica*: textos de apoyo. Madrid: Eudema Universidad; 1991.

_____. *Semiología de los conflictos morales en bioética.* [Conferência apresentada no VI Congresso Brasileiro de Bioética em Foz do Iguaçu- PR]. 2005; Mimeo.

Guerra MAT. *Política de controle da aids da Secretaria de Estado de São Paulo, no período 1983-1992: a história contada por seus agentes* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1993.

Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo***.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

_____. *Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática.*Tradução Márcio Suzuki. *Rev Estudos Avançados***.** 1989; 3(7):4-19.

_____. *Direito e democracia: entre facticidade e validade I.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

_____. *Racionalidade e comunicação.* Lisboa: Edições 70; 1996.

_____. *Comentários à ética do discurso.* Lisboa: Instituto Piaget; 1999.

_____. *Pensamento pós metafísico: estudos filosóficos***.** 2a ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

_____. *Teoria de la acción comunicativa I: Racionalidade de la accion y racionalización social*. Cuarta edición. Madrid: Taurus; 2003.

_____. *A inclusão do outro: estudos de teoria política.* 2a ed. São Paulo: Loyola; 2004.

_____. *Entre naturalismo e religião: estudos filosóficos.* Rio de Janeiro: Tempo brasileiro; 2007.

Hans-Martin S. Fritz Jahr´s 1927 concept of bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2007; 17(4):279-95.

Kalichman AO. CRT AIDS 20 anos de luta contra HIV. *Revista infecto atual.* 2003; 16-23.

Lagonegro ER. *Aids:* A epidemia em transformação. Como a Bioética pode auxiliar nos serviços de atendimento especializado em DST/aids. *Revista Prática Hospitalar.* [periódico online] 2005 jul - ago [citado em out 2005]; 7(40): [1 tela]. Disponível em: www.Praticahospitalar.com.br/pratica%2040/pgs/materia%2004-40.html.

Lanna M. Nota sobre Marcel Mauss e o ensaio sobre a dádiva. *Rev. Sociol. Polít* (Curitiba). 2000; 14:173-94.

Landroni MAS. *Aids e gravidez: desafios para o cuidado nos serviços de saúde* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Leite, F. Justiça manda prender acusado de transmitir HIV. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 out 2007. Cidades/Metrópole, C14-15.

Lima M, Costa JA, Figueiredo WS, Schraiber LB. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(Supl 2) 6-13.

Mann J. Saúde pública e direitos humanos. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1996; 6(1/2):135-145.

Mann J, Tarantola D, Netter T. *A Aids no mundo.* Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R e Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro. IMS-UERJ-Abrasco, 2001. p. 39-64.

Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.* São Paulo: Hucitec Abrasco; 1994.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec Abrasco; 1996.

São Paulo (Município). Programa Municipal de DST/AIDS. *Tabelas do número de pacientes em Terapia ARV por unidades especializadas.* São Paulo; 2005.

Nemes MIB. *Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA; 2001.

Neves MCP. A Fundamentação Antropológica da Bioética*.* Simpósio: O ensino da ética dos profissionais de saúde. *Revista Bioética* [periódico online]. 2005 [citado em out 2005]; 4(1). Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/revista/bio 1v4/fundament.http.

Noguchi NEO. *A vulnerabilidade das mulheres em um serviço ambulatorial especilizado em DST/AIDS no Município de São Paulo ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)* [dissertação]*.* São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Novelli PGA. *O idealismo de Hegel e o materialismo de Marx: demarcações questionadas* [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.*2008; 13(3):909-16.

Nunes L. Usuários (utentes) de serviços de saúde e seus direitos**.** Temática Bioética e vulnerabilidade. Conferência apresentada no IV encontro luso-brasileiro de Bioética II e Fórum brasileiro de Bioética II encontro luso-brasileiro de enfermagem: interface com a enfermagem [texto online]. 2006 [citado em set 2008]**;**[17p.]. Disponível em: *lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Comunic_Utentes%20e%20Direitos_vfinal.pdf -*

Oliveira LA. *Direitos reprodutivos e a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids: um diálogo possível?* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Oliveira LA, França Junior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/aids: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(Supl 2):315-24.

Oliveira LA, Landroni MAS, Silva NEK, Ayres JRCM. Humanização e Cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva***.** 2005; 10(3):689-97.

Oliveira N. Mundo da Vida e Forma de Vida: A Apropriação Habermasiana de Husserl e Wittgenstein. *Veritas.* 1999; 44(1):133-46.

_____. *Rawls*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

Oliveira RC. O Movimento dialético na história em Hegel. Semana de Filosofia da Universidade Federal de Goiás [texto apoio online]. 2004 [citado out 2007]; [6 p.]. Disponível em: http ://www. fchf. ufg. br/ filosofia/ producoes/ arquivos/ Artigo_ Rodrigo_Semana_de_Filosofia_2004.doc.

Paiva V, Latorre MR, Gravato, N *et al*. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo*. Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6):1609-19.

Parker R. Prefácio. In: Castro MG e Silva LB. *Resposta aos desafios da aids no Brasil: limites e possibilidades.* Distrito Federal. Unesco – Ministério da Saúde, 2005.

Parker R., Bastos C, Galvão JS, organizadores. *A Aids no Brasil (1982-1992).* Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS; 1994.

Passarelli CAF, Terto Junior V. As organizações não governamentais e o acesso aos tratamento anti-retrovirais no Brasil*. A resposta brasileira ao HIV/AIDS: analisando sua transferibilidade.* Rio de Janeiro. CEBES/ABIA & Mailman School of public health Columbia University. 2003; 27:122-35.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-09.

Piovesan F*. Temas de Direitos Humanos.* São Paulo: Max Limonad; 1998.

Reis Rosa A. O movimento da Bioética. *Educação em Cardiologia* [periódico online]. 2002 [citado em ago 2007]; 1(1):[1 tela]. Disponível em: http://educacao.
cardio.br/pec/aterosclerose/fasciculos/2002a1m1/escolha.htm.

Ricoeur P. *Teoria da Interpretação*. Lisboa. Edições 70; 1996.

Rios RR. Respostas Jurídicas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *Divulgação em saúde para debate: A resposta brasileira ao HIV/AIDS: analisando sua transferibilidade.* Rio de Janeiro. CEBES/ABIA & Mailman School of public health Columbia University. 2003; 27:95-106.

Rouanet SP. Ética e antropologia. *Estudos Avançados***.** 1990; 4(10):111-50.

Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Rede IDA-UNI-BRASIL.* 1996 [texto apresentado no Encontro Nacional sobre perspectivas da Rede IDA-UNI, formação e capacitação de recursos humanos para o SUS – Salvador, julho de 1996].

_____. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 1997; (1/1):123-38.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB (org). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica.* São Paulo: Hucitec; 1996

Signates L. Comunicação e paz. *Revista eletrônica IPEPE* [periódico online]**.** 2002 [citado em set 2007]; [1 tela]. Disponível em: http://www.ipepe.com.br/paz.html.

Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS dos, Landroni MAS da, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(Supl 4):108-16.

Silva NEK. *Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Silva NEK, Alvarenga AT, Ayres JRCM. Aids e gravidez: os sentidos do risco e desafio do cuidado. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(3):474-81.

Souza CR, Menezes L, organizadores. *AIDS the epidemic in the megacities networking the response /Sida La Epidemia en las Megalópolis construyendo una red de respuestas.* São Paulo. Editora Papagaio; 2002.

Souza e Silva J. Considerações sobre “incluídos e “excluídos” sociais: crianças e adolescentes no tráfego de drogas. *Rede social de justiça e*

direitos humanos [relatório online]. 2004 [citado out 2008] [3 telas]. Disponível em http: // www. social. org.br/relatório2004/relatorio022.htm

Teixeira PR. CRT-AIDS 20 anos de luta contra HIV. *Revista Infecto Atual***.** 2003; 16-23.

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Comissão Nacional da UNESCO. *Declaração Universal de Direitos Humanos e Bioética*. Portugal; 2005.

Vázquez AS. *Ética.* 21a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

Velasco M. Atos de fala e ações sociais: sobre a distinção entre ilocuções e perlocuções na teoria do agir comunicativo. *UFRJ* [texto apoio online]. 2007 [citado em dez 2007].Disponível em: http://www.ifcs.ufrj.br/~mvelasco/textos/acciosoc.pdf.

Ventura, M. As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/ aids. *Divulgação em saúde para debate: A resposta brasileira ao HIV/AIDS: analisando sua transferibilidade.* Rio de Janeiro. CEBES/ABIA & Mailman School of public health Columbia University. 2003; 27:107-15.

Waizbort L. A vida humana e a maturidade no processo de civilização*. Anuário de Educação 1997/1998***.** Rio de Janeiro.Tempo Brasileiro.1998; 59-75.

Zancan LF. *Dilemas morais nas práticas de saúde: o caso da aids. Uma aproximação a partir da Bioética* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Zoboli ELCP. *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa da saúde da família* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Zoboli, ELCP, Sartório NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. *O Mundo da Saúde* (São Paulo). 2006; 30(3):382-97.

A N E X O S

Anexo I

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA

1- IDENTIFICAÇÃO:
Nome/Codinome
Profissão
Função: Atividade que efetivamente realiza na Unidade
Tempo de trabalho com aids

2 – DA ESCOLHA PROFISSIONAL ATÉ A CHEGADA NESSA UNIDADE DE SAÚDE
Por quê da escolha profissional – quais eram suas expectativas a partir dessa escolha; qual relação com possíveis expectativas de interferência no "mundo".
Trajetória profissional até o momento atual na atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (escolha ou acaso?) - Explora-se as motivações das escolhas e os valores que fundamentam/orientam as escolhas.

3 – O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: FINALIDADES, EQUIPES, PERCEPÇÃO DOS PACIENTES
Percepção sobre o trabalho: Como é seu dia-a-dia? Qual é a finalidade do seu trabalho? Quem são os pacientes e suas necessidades? Como é a relação dos profissionais com os pacientes? Como é sua equipe de trabalho e como ocorrem suas articulações para esse trabalho?

4 - A PERCEPÇÃO DE SITUAÇÕES DIFÍCEIS (OS CONFLITOS)
Na sua opinião existem pacientes mais fáceis e mais difíceis? Quais? Por quê são considerados dessa forma (o quê os torna fáceis e o quê os torna difíceis?) Quais são as situações consideradas difíceis no contexto assistencial (situações que geram angústia e de difícil resolução – "o que tira seu sono nesse trabalho")– Exemplificar com casos reais. Como são/foram resolvidas situações difíceis? Quais as estratégias utilizadas?

5 - A RESOLUÇÃO DAS SITUAÇÕES DIFÍCEIS
Quem são, normalmente as pessoas envolvidas na resolução dos conflitos?
Como as situações foram/são encaminhadas? Você acredita que todas as pessoas envolvidas no problema ficaram satisfeitas com as soluções indicadas?
Na sua opinião há alguma forma ideal para a resolução de conflitos? Há situações vivenciadas de conflitos onde você considera que o encaminhamento foi adequado? Porque? E encaminhamentos inadequados? Porque?

Anexo II

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Conflitos Morais e Julgamentos Tecnocientíficos: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids”.
O estudo consiste em compreender quais as situações que são consideradas pelos profissionais de saúde como de conflito na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids. Pretende ainda, registrar as diferentes formas e/ou estratégias das equipes de saúde e dos profissionais envolvidos, na indicação de propostas para a resolução desses conflitos.
Serão realizadas entrevistas com profissionais de saúde que atuam em unidades especializadas em DST/aids do Município de São Paulo, assim como, pretende-se observar e registrar em diário de campo e através de gravações, discussões e debates de casos clínicos e/ou outras reuniões que tenham caráter de orientação para condutas.
Caso aceite participar desta pesquisa, sua colaboração se dará de forma anônima, por meio de participação de entrevistas individuais e/ou como integrante de reuniões para discussão de casos e outras reuniões de caráter rotineiro, promovida pela Unidade de Saúde onde você presta serviços. No caso das entrevistas, eventualmente serão necessárias duas sessões, em dois dias diferentes, mas essa possibilidade será avaliada e combinada de comum acordo entre você e a pesquisadora.
Seu nome verdadeiro será substituído por um codinome e a sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese. As discussões do grupo e as entrevistas serão gravadas e as informações coletadas serão usadas exclusivamente para os objetivos da pesquisa.
Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.
Será oferecida uma cópia do presente Termo de Consentimento, no qual constam, no rodapé, alguns telefones e endereços, caso tenha dúvidas ou queira falar a respeito sobre a pesquisa.

Aluna: Luzia Aparecida Oliveira - Serviço Ambulatorial Especializado em DST/AIDS Marcos Lottenberg Rua Dr. Luis Lustosa da Silva, 339, Mandaqui, São Paulo, SP - Telefone: 6977-7739 -e-mail: luzia.ao@usp.br; luzia.ao@uol.com.br

Professor-orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva - Avenida Doutor Arnaldo, 455, Cerqueira César, São Paulo, SP - Telefone: (11) 3061-7077 - e-mail: jrcayres@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Rua General Jardim, 36, 2º. andar, Vila Buarque, São Paulo, SP - Telefone: (11) 3218-4043 - e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em Aids CRT- Rua Santa Cruz, 81 Ambulatório.V. Mariana CEP 04121-000 São Paulo / SP Fone/Fax - (11) 5087-9837 - e-mail:cep@crt.saude.sp.gov.br

São Paulo, _____/_____/ 200__.

Assinatura do(a)entrevistado(a)participante:

_____

Assinatura da pesquisadora:

_____

Anexo III

São Paulo, 23 de janeiro de 2007.

Ofício CRT-DST/AIDS - CEP nº 007/2007.

PROTOCOLO CEP nº 028/06: "Conflitos Morais e Julgamentos Tecnocientíficos: Aspectos Implicados no Cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS".

Prezada Investigadora,

Após a análise dos documentos acima referidos, pelos membros deste Comitê, em reunião ordinária do dia **22/01/2007**, foi emitido parecer: **APROVADO com as seguintes recomendações:**

1. O coordenador da reunião técnica deve consultar o grupo antes do início (da reunião) se está de acordo ou não com a observação. Se houver uma só pessoa que não concorde, a investigadora não poderá observar **aquela** reunião.
2. O convite para a pesquisa qualitativa deve ser feito pelo coordenador da reunião, ao final desta, encaminhando o interessado à pesquisadora.
3. No TCLE: Acrescentar:

   - Telefone para contato com a pesquisadora e dados do Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, Eduardo Ronner Lagonegro – Tel. 5087-9837, para esclarecimento de qualquer dúvida do sujeito de pesquisa.

Atenciosamente,

_____
Eduardo Ronner Lagonegro
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

CRT - DST/AIDS

Ilma. Srª.
Drª. Luzia Aparecida Oliveira
Investigador Principal

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS
Rua Santa Cruz, 81 – Ambulatório.
V. Mariana CEP 04121-000 São Paulo / SP
Fone/Fax: 5087-9837
e-mail:cep@crt.saude.sp.gov.br

Anexo IV

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

São Paulo, 10 de novembro de 2006.

PARECER Nº0327/06 – CEP/SMS

Parecer Consubstanciado Sobre Aspectos Éticos em Pesquisa em Seres Humanos

I - Identificação
1. Título do projeto: " Conflitos Morais e Julgamentos Tecnocientíficos: Apectos implicados no Cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
2. Número CEPSMS: 0221/06
3. Pesquisador responsável: Luzia Aparecida Oliveira

II – Objetivos
Geral:
Compreender, à luz dos referenciais da política Nacional de Humanização para a Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS – o HumanizaSUS e da Bioética, o modo como os profissionais de saúde operam os conflitos morais presentes no contexto de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS
Específicos:
Inventariar as atuais situações que geram conflitos morais nos serivços de saúde especializados em HIV/aids;
Identificar os fundamentos que norteiam a construção de consensos para situações de conflitos vivenciados, desses serviços assistenciais e quem são os atores presentes nessa construção.

III - Sumário do Projeto:
Pesquisa qualitativa. Serão realizadas entrevistas em profundidade com profissionais de saúde de diferentes categorias de nível médio e universitário, que atuam em especialidades na Cidade de São Paulo. Será também incluída a observação participante de tipo etnográfico, de reuniões técnicas das equipes e/ou discussões de casos, procedendo-se o registro detalhado desses encontros, com o objetivo de captar eventuais situações de impasses vivenciados pelos profissionais e possíveis indicações para sua solução. A metodologia parece adequada.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:
Estrutura do protocolo: adequada
Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.): Não se aplica.
Análise de riscos e benefícios: Não oferece riscos e os benefícios serão importantes para os serviços e paraserem fomentados em congressos, seminários, artigos, etc.
Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: Assinado na inserção do projeto no Comitê e descrito no projeto de Pesquisa.
Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo:Adequado
Informação adequada quanto ao financiamento: Adequada
Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

PROJETO CAAE – 0221/06 - PARCER Nº 327/06

Estrutura do protocolo: adequada
Justificativa de placebo: Não se aplica
Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.): não se aplica
Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade e para a Secretaria Municipal da Saúde: Adequado
Análise de riscos e benefícios: não há riscos e os benefícios são interessantes para o serviço.
Informação adequada quanto ao financiamento: Adequado
Cronograma de atividades: Adequado

V. Parecer do CEP: PROJETO APROVADO.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.
Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a)
LUZIA APARECIDA OLIVEIRA
NESTA