

Réplica

Reply

Respuesta

É um enorme prazer dar continuidade à conversa com Rita Lima, Claudia Neves e Ricardo Teixeira. A riqueza dos comentários de meus interlocutores sobre meu texto “**Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde**” se expressa tanto na capacidade que tiveram de suscitar um amplo conjunto de questões e contrapontos, como também na diversidade dos referenciais teóricos com os quais se aproximam do debate sobre as transformações das práticas. Não tenho aqui nem a capacidade de examinar com maior cuidado as semelhanças e diferenças entre nossas preferências teórico-conceituais, que de algum modo subjazem aos argumentos nessa nossa conversa, nem a pretensão de dar resposta a cada uma das questões ou contrapontos. Longe de pretender encerrar ou esgotar o debate, vejo esta réplica muito mais como um convite a dar seguimento à conversa, estendendo simultaneamente o convite a todos os que vierem a ler este debate. Por isso, apresento, nesta réplica, argumentos evocados pelo conjunto dos três comentários.

No texto que abre este debate procurei pôr em evidência algumas das heterogeneidades no interior do chamado movimento sanitário em torno da importância dos desafios de transformar as práticas e instituições de saúde. Começo meus comentários explorando o que talvez sejam diferentes modos de entender o princípio constitucional que garante a todos os brasileiros o direito de um acesso igual às ações e serviços de saúde. Assumindo a perspectiva de que tal garantia se refere às ações e serviços de saúde que sejam necessários à promoção ou a recuperação da saúde, creio que essa conquista, embora plenamente insuficiente para a concretização da tese de que saúde é direito de todos, consiste em um importante ponto de partida na nossa luta. Reitero o entendimento de que se um brasileiro fica privado do acesso às ações e serviços de saúde dos quais necessite, a universalidade e a igualdade estão sendo violados.

Contudo, esta posição não é consensual. Em 1987, pouco antes da promulgação de nossa Constituição, o Banco Mundial lançava um documento que procurava oferecer ao mundo uma agenda para as reformas do setor saúde (World Bank, 1987). Nele se criticava abertamente a tese de que a saúde devesse ser considerada como direito de todos. Logo no início do documento, um *box* procurava explicar de modo simples a distinção, no que se refere à saúde, dos bens privados e dos bens públicos. O argumento contrastava uma apropriação privada dos benefícios de algumas ações de saúde (o exemplo era o uso de um analgésico para interromper a dor de um certo indivíduo), com aquelas outras cujos benefícios não poderiam ser apropriados por indivíduos, e que constituiriam os bens públicos. Essa distinção servia de base para a tese de que o Estado não deveria assumir a provisão ou o financiamento das ações de saúde, que seriam bens privados. Ou seja, ao Estado caberia tão-somente as ações e serviços de saúde pública; e de uma saúde pública entendida em um sentido estrito (eu acrescentaria, estreito) de lidar com as ações e serviços ligados a um interesse público, para além do interesse individual. Destaco que, originalmente, a dissociação entre bens privados e bens públicos serviu de base para propostas de redução da ação do Estado¹.

¹ O próprio Banco Mundial posteriormente, por ocasião do lançamento de seu famoso relatório Investindo em saúde, abandonará a sua pretensão original de delimitar a atuação do Estado a partir da dicotomia bens públicos/bens privados. Ele adotará uma delimitação bem mais ampla, centrada no critério de eficácia (medida pelo impacto sobre a carga da doença) em termos de custo, que deu origem à famosa proposta de um pacote mínimo de intervenções. Esta posição, contudo, continua bem longe das teses de que a saúde deve ser vista como direito de todos.

Por estas razões, tenho sérias dúvidas sobre a virtuosidade dessas dicotomias que buscam diferenciar as apropriações públicas das apropriações privadas dos benefícios das ações de saúde.

Alternativamente a esta concepção, podemos fazer uma leitura do direito de todos ao acesso das ações e serviços de saúde de que necessitem com base em um posicionamento ético-político: não podemos aceitar a privação de alguém do acesso a certas tecnologias que são potencialmente capazes de promover ou recuperar a saúde pelo simples fato de não dispor dos recursos monetários para custeá-las. Para os que, como eu, assim se posicionam, o reconhecimento de que cabe ao Estado assegurar a todos e a cada um dos brasileiros o acesso às ações e serviços de saúde de que necessitem deve ser radicalmente defendido.

Entretanto, aquela diferenciação entre bens públicos e privados tem reaparecido no interior do movimento sanitário, sobretudo no contexto do debate em torno da judicialização. Tipicamente, o argumento evoca um tipo de decisão judicial que obriga ao atendimento das necessidades de um indivíduo portador de uma doença rara e de tratamento custoso, em detrimento do atendimento a tantos outros que são acometidos de doenças mais comuns. O argumento insinua, a meu ver de modo radicalmente equivocado, que a primeira situação expressa uma apropriação individual, e a segunda uma apropriação mais coletiva. Insisto que não julgo virtuoso o esforço de distinguir as apropriações dos benefícios da saúde em termos privados ou públicos. Mas, para além desta minha posição, não consigo estabelecer qualquer forma de hierarquia entre as aspirações de indivíduos de ter acesso aos recursos tecnológicos dos quais necessitam em função da maior ou menor frequência da doença ou condição que estreita concretamente seu modo de andar a vida. Não consigo entender por que razão deveríamos tratar desigualmente quem é acometido por uma doença frequente e quem é acometido por uma doença rara. Nesse sentido, considero profundamente inadequada a decisão que privilegia o portador de uma doença rara **em detrimento** dos acometidos por doenças mais frequentes. Exatamente da mesma forma como abomino as decisões que privilegiam muitos indivíduos acometidos por doenças comuns **em detrimento** daqueles com doenças mais raras. Ambas as posições, a meu ver, violam o princípio da igualdade no acesso aos serviços de saúde.

De fato, devemos reconhecer um fenômeno que vem ganhando expressão no mundo todo e entre nós: o reconhecimento que certas condições ou certos atributos identitários específicos de grupos sociais exigem formas diferenciadas de resposta do Estado e dos arranjos da sociedade. É nesse patamar que situamos a luta contra um conjunto de preconceitos e discriminações, e a favor de mudanças nas diversas práticas sociais que, nas formas concretas de produção social da vida, produzem a desigualdade para estes grupos específicos. No interior desse cenário, creio ser importante destacar que alguns desses grupos sociais, grosso modo caracterizados como minoritários, se constituem em torno de características biológicas comuns, como, por exemplo, a de viver com uma certa doença mais rara. Estes grupos se engajam no processo de luta política no sentido de defender o direito ao acesso às tecnologias de que precisam. Considero, em princípio, absolutamente legítimas estas formas de luta, embora creia que devemos distinguir, ao examinar as estratégias nesta disputa política, aquelas que lutam por um direito específico **em detrimento** dos direitos igualmente mais ou menos específicos dos outros, daquelas outras estratégias que lutam por um direito específico **em uma rede de aliança e de solidariedade** com as demais lutas pelo direito dos outros. É exatamente por considerar esta última forma de luta mais virtuosa do que a primeira que considero inadequado defender o acesso da maioria da população em detrimento de poucos portadores de uma doença rara.

Em outros termos, não creio que dilemas que concretamente estamos a viver nos processos da chamada judicialização reflitam contradições entre os princípios da universalidade e equidade e o da integralidade; vejo-os como derivados da simples incapacidade que temos tido de assegurar o direito universal e igualitário ao acesso às ações e serviços de saúde que cada brasileiro necessita para a promoção ou para a recuperação da sua saúde.

Defender essa perspectiva de igualdade envolve, obviamente, colocar em exame crítico e buscar transformar, além das práticas sociais do cuidado, todos os processos que, de alguma forma, nos levam a experimentar, em situações concretas, os dilemas de precisarmos optar por garantir direitos a uns em detrimento do direito a outros. A construção da resposta brasileira à Aids serve de exemplo. Reconhecendo que medicamentos podem modificar, de modo bastante significativo, a vida dos que

vivem com HIV/Aids, e contra todas as recomendações daquela forma de pensamento segundo a qual o Estado não seria capaz e não deveria garantir o direito universal ao acesso a tais medicamentos, a resposta brasileira ousou buscar alternativas, inclusive inventando formas de intervenção e de negociação do Estado com as indústrias de medicamentos que produzem aqueles insumos fundamentais para a produção do cuidado nestes casos.

No meu entendimento, portanto, os impasses e dilemas que atravessamos não derivam de uma certa contradição entre os princípios da universalização e de igualdade com o da integralidade, e sim das dificuldades de se concretizar o próprio direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Pelo que sou capaz de reconhecer nos múltiplos sentidos da integralidade, sobretudo naqueles sentidos que mais diretamente se relacionam às práticas e aos modos de organizarmos os serviços, reconheço uma aspiração por uma forma de cuidar que não reduz os sujeitos a objetos, não reduz a doença a lesão, que leve em conta, no momento de ofertar certas intervenções (sejam elas em resposta a um sofrimento manifesto ou sejam elas feitas com o intuito de evitar um sofrimento futuro), o significado que essas nossas ofertas terão no modo de andar a vida do outro. Portanto, reconheço, no uso do termo integralidade, um potencial de distinguir diferentes formas de se exercerem as práticas de cuidado - potencial particularmente útil para os que aspiram transformar as práticas vigentes.

Partilho com Ricardo Teixeira a tese de que a transformação das práticas envolve novos vocabulários, novos modos de caracterizar a realidade e de caracterizar os problemas. Mas ressalto (e penso que isso não me afasta de nenhum de meus interlocutores) que tais vocabulários só serão úteis quando utilizados pelos que se engajam na produção do cuidado (quer como profissionais quer como usuários). Nesse sentido, concordo plenamente que precisamos disparar processos que desencadeiem a reflexão e a análise das práticas de saúde pelos que nela estão engajados. Contudo, creio que não dispomos de um único método, ou de uma única forma de enfrentar esse desafio. Reconheço que hoje, no cenário brasileiro, encontramos disponíveis vários referenciais teóricos distintos que nos oferecem vocabulários alternativos para um mesmo desafio (embora alguns deles de tal modo exotéricos que muitos aliados no sonho de transformar práticas não conseguem entender esses referenciais). Penso que o desafio diante de nós envolve um esforço grande de tradução de nossas propostas de vocabulário e uma certa dose de mestiçagem de referenciais teóricos, de modo que possamos juntos (acadêmicos, profissionais dos serviços, usuários gestores) inventar novas formas de problematizar, ampliar nossas sensibilidades e nossas visões.

Uma questão central nessa perspectiva diz respeito às formas como disparamos processos de reflexão e análise das práticas de saúde. Bastaria a constituição de coletivos reflexivos de trabalhadores, ou de trabalhadores com usuários? Será que desses coletivos emerge espontaneamente, ou por obra de alguma mão invisível, um caminho mais virtuoso? Penso que não. Penso que não podemos controlar ou conhecer a priori os desfechos ou consequências da reflexão coletiva. O que podemos fazer é lutar para que ela caminhe no sentido que nos parece mais virtuoso. Ou seja, creio que devemos pensar e examinar as diversas formas como podemos convidar outros a pensarem em certos problemas, e refletirem sobre algumas questões; a analisarem alguns desdobramentos desse ou daquele arranjo do trabalho, e a inventarem novas formas de cuidar. Portanto, somos nós que convidamos de alguma forma; nós, que partilhamos e que estamos dispostos a lutar por um conjunto de valores.

Em outros termos, penso ser fundamental ampliar nosso elenco de ferramentas, que nós (ativadores de mudança, consultores da política de humanização, professores e pesquisadores, trabalhadores de saúde, gestores, usuários etc.) temos para convidar outros à análise de novos problemas, que nos parecem mais virtuosos.

É nesse sentido que sustento que a categoria sofrimento seja relevante. Uma forma de explorar novos problemas seria convidar a nós mesmos e os outros a examinarmos em que medida nossos arranjos de práticas são capazes de oferecerem uma resposta ao sofrimento produzido por uma doença, e a examinarmos em que medida nossos arranjos de prática não suscitam um sofrimento ainda mais grave. Concordo com a correção que me foi feita por Ricardo Teixeira: a medicina não construiu um conhecimento sobre a experiência do sofrimento, o que não quer dizer que ela não lida cotidianamente com ele. Mas ela construiu um modo de oferecer respostas ao sofrimento por meio da resposta que pode oferecer à doença que supostamente o causa. É nesse sentido que afirmo que a medicina lida -

mesmo que os médicos não se deem conta disso - com os sofrimentos atribuíveis da doença; ainda que isso se dê por intermédio de um processo de objetivação que torna invisível o drama da vida do outro. Um processo que tende a fazer com que a relação com o outro se dê apenas por meio da sua redução a um objeto.

Mas é exatamente por ser o sofrimento bem próximo ao cotidiano das práticas, e por ser invisível pelo olhar técnico tradicional, é que penso ser absolutamente fundamental trazê-lo para o centro das reflexões sobre as práticas de saúde. Sofrimento da vida, sem dúvida, mas sofrimento que, em parte, pode ser evitado ou superado por meio de algumas intervenções nossas.

A sugestão é bem pragmática: convidar coletivos de engajados nas práticas de saúde a examinarem os dramas da vida trazidos por doenças em situações concretas, ao lado dos dramas da vida trazidos por nossas intervenções supostamente feitas em defesa da vida, também em situações concretas, tem a potência de ampliar sensibilidades e de tornar visíveis novos problemas. Mas como fazê-lo? Não há uma forma única: discutindo casos com o olhar que busca apreender o sofrimento ligado à doença ou às intervenções a ela dirigidas; refletindo sobre o itinerário terapêutico de alguns usuários; trazendo à tona consequências impremeditadas das ações que empreendemos em situações concretas, ou simplesmente ouvindo o usuário etc. Em síntese, trazer o outro e seu sofrimento para o campo de nossa reflexão sobre nossas práticas concretas. E trazer cotidianamente. Penso que esta é uma trajetória possível de suscitar outros modos de práticas de saúde, mais abertos ao diálogo e à negociação, mais abertos ao outro de quem se cuida. Mas abertos a reconhecer, nesse processo dialógico, as necessidades de saúde de todos e de cada um.

Referência

WORLD BANK. **Financing health services in developing countries: an agenda for reform.** Washington: World Bank, 1987.

Recebido em 12/07/09. Aprovado em 16/07/09.