

Conflitos morais e atenção à saúde em Aids:

aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado

Luzia Aparecida Oliveira¹

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres²

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli³

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M; ZOBOLI, E.L.C.P. Moral conflicts and AIDS healthcare: conceptual contributions to a discourse ethics of care. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.363-75, abr./jun. 2011.

This paper presents a theoretical underpinning of a discourse ethics of care, as used in a study that examined the moral conflicts in assisting people living with HIV/Aids. Based on deliberative Bioethics, it defines moral conflict as a conflict of duties. It used discourse ethics and the propositions of care assuming that health work is highly relational and communicational. It concludes that discourse ethics of care recognizes rationality in decisions that involve moral issues in everyday care. The search for conflict resolution, in this perspective, suggests a dialectical process in which the reasons for the arguments are considered. The action of evidencing different arguments, including those that are contradictory, but defensible, enables prudent decision making.

Keywords: Health work. Aids. Bioethics. Care. Discourse ethics.

Este artigo apresenta aspectos teóricos que sustentam uma ética do Cuidado de base discursiva, como utilizado em estudo que examinou os conflitos morais na assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. Com base na Bioética deliberativa, define conflito moral como um conflito de deveres. Foram utilizadas a ética do Discurso e as proposições do Cuidado, assumindo que o trabalho em saúde é eminentemente relacional e comunicacional. Conclui que a ética do Cuidado de base discursiva reconhece a racionalidade nas decisões que envolvem aspectos morais no cotidiano da assistência. A busca de solução dos conflitos, sob essa perspectiva, sugere um processo dialético em que as razões para os argumentos são consideradas. Evidenciar argumentos diversos, incluindo aqueles que são contraditórios, mas defensáveis, possibilita a tomada de decisões prudentes.

Palavras-chave: Trabalho em saúde. Aids. Bioética. Cuidado. Ética do discurso.

¹ Programa Municipal de DST/AIDS, Serviço Ambulatorial Especializado em DST/Aids – Santana, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Rua Dr. Luis Lustosa da Silva, 339, Mandaqui. São Paulo, SP, Brasil. 02.406-040. luzia.ao@usp.br

² Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

³ Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo.

A resposta brasileira à epidemia de Aids e a questão do conflito moral

No início da década de 1990, o Banco Mundial previa que cerca de 1,2 milhão de brasileiros estariam infectados pelo HIV no ano 2000. Após pouco mais de duas décadas, as taxas de mortalidade por Aids caíram em média 50%, houve um aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV em, pelo menos, cinco vezes, e a prevalência da infecção na população na faixa etária de 15 a 49 anos permanece estável (Grangeiro et al., 2009). Estimativas oficiais indicam a existência de seiscentas mil pessoas vivendo com HIV no País, o que significa uma prevalência de 0,6% na população adulta (Brasil, 2010). O sucesso do programa brasileiro de controle da Aids, dentre outros fatores, pode ser atribuído à reforma sanitária, culminando com a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, sem dúvida, como resultado da grande mobilização de pessoas que, direta ou indiretamente, viviam o contexto da nova epidemia e seus desafios.

Foi uma tendência marcante no Brasil, como em muitos outros países, a militância do movimento social no sentido de buscar respostas positivas à Aids nas políticas e ações de saúde. Esse movimento demandou não apenas o controle da epidemia, mas a atenção a uma diversidade de demandas de cuidado, o que contribuiu, de forma muito ativa, para a construção do êxito da atual política nacional.

Se, por um lado, são grandes os avanços alcançados do ponto de vista do controle da epidemia em nosso meio, são ainda inúmeros os desafios no campo da assistência à saúde, desde a carência de recursos tecnológicos para o seguimento adequado dos casos nas diversas regiões do país, até questões que envolvem relações entre profissionais e pacientes.

As características da transmissão da doença (transmissão sexual, uso de drogas injetáveis); a estigmatização e preconceitos de que se revestem socialmente os “julgamentos” sobre as pessoas afetadas; a incidência, cada vez maior, entre grupos que vivem em situações caracterizadas pelas diversas formas de violência estrutural – devido a pobreza, racismo, hierarquias de gênero, opressão sexual e exclusão social (Parker, 2002) –; tudo isso faz com que o agir técnico dos profissionais, no cotidiano da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids, esbarre em conflitos de diferentes ordens, dentre os quais os conflitos de ordem moral. As ações dos profissionais no manejo de caso necessitam incorporar, aos projetos terapêuticos, aspectos que podemos nomear como da “vida privada” dos pacientes, nos quais são identificadas relações e contextos de vida desses, que se relacionam a sistema de normas socialmente validadas, princípios e valores.

Quando os profissionais se deparam com situações envolvendo valores e normas sociais conflitantes, são evidenciadas dificuldades de se produzirem respostas apoiadas exclusivamente em protocolos ou de se lançar mão de qualquer outro recurso *apriorístico* que oriente a ação. Isso porque, como nos alerta Freitag (1997), conflitos morais estão presentes nas situações em que, diante da necessidade de se realizar uma intervenção que implicará a negação de interesse reconhecido como legítimo, a “melhor” decisão não pode ser encontrada por nenhum procedimento *a priori*. Um exemplo emblemático, no caso da Aids, é o difícil tema da comunicação do diagnóstico para parcerias sexuais de pacientes infectados pelo HIV (Silva, Ayres, 2009), que envolve questões relativas ao respeito à autonomia e dignidade dos pacientes que integram o plano normativo no qual são apoiados os deveres dos trabalhadores e das ações em saúde.

Partir das questões da moral e seus conflitos, no contexto de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, tem como pretensão evidenciar a face valorativa e normativa que envolve o trabalho em saúde, assumindo que não se tratam de questões de ordem idiosincrática⁴, mas afetas a racionalidades práticas não presididas por uma lógica apodífrica (Gracia, 2005).

⁴ Estamos nos referindo ao sentido etiológico para o termo idiosincrasia: o conjunto de elementos cuja combinação constitui o temperamento e o caráter individuais; uma particularidade psicológica saliente num indivíduo (Lalande: A e B, 1999).

Com efeito, o trabalho em saúde exige dos sujeitos mais do que competências técnicas. Frequentemente, é necessário lançar mão de uma *sabedoria prática* capaz de orientar as ações de modo prudente, combinando excelência técnica com correção ética.

O presente artigo, de corte teórico-epistemológico, parte de um estudo qualitativo sobre conflitos morais vividos por profissionais de saúde na atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, realizado entre 2008 e 2009 em serviços de saúde da rede pública especializada na cidade de São Paulo (Oliveira, 2009). Partindo dos aportes da Bioética, como abordado por Gracia, da ética discursiva em Habermas e da teoria do Cuidado em saúde, como em Ayres, tem como objetivo discutir a compreensão e manejo dos conflitos de valores e deveres vividos por profissionais na atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Conflito moral e a bioética deliberativa: aportes para o manejo de conflitos na atenção à saúde

Em estudo voltado à identificação dos fundamentos que nortearam a tomada de decisões dos profissionais de saúde, quando da emergência de problemas éticos, Zoboli (2003) destaca o potencial do registro de fatos ligados à conduta moral nas relações estabelecidas no exercício da assistência como estratégia que possibilita relacionar problemas éticos ao universo de significados, motivações, aspirações, crenças e valores dos profissionais. Esse tipo de abordagem, que denominou de uma "ética descritiva", não se engaja diretamente em questões do tipo: "o que deve ser feito" ou "qual o uso apropriado dos termos éticos", mas indaga "como as pessoas pensam que deveriam agir nessa situação particular, que é objeto de preocupação normativa?" ou "que fatos são relevantes para a ética normativa?". Ou ainda: "como as pessoas realmente se comportam nessa circunstância particular que traz problemas éticos?". Sob essa perspectiva, o desafio passa a ser compreender as origens dos diferentes valores que permeiam as situações de atenção à saúde e as suas implicações para as práticas.

Nesses termos, e para fins deste ensaio, recorreremos à bioética como uma disciplina que condensa a ideia de uma ética aplicada, na medida em que propõe reflexões acerca de valores humanos relacionados ao "fazer" em saúde. Essa disciplina inclui ponderações sobre os avanços tecnológicos, suas possibilidades de interferência na vida de pessoas e do planeta, oferecendo recursos metodológicos e procedimentais que possibilitam uma análise multifacetada para o manejo de conflitos, quando estes envolvem valores humanos, as ciências e técnicas aplicadas à vida. Para tal finalidade, e dentre outras correntes dessa disciplina, recorreremos às proposições de Gracia (2009, 2005, 2001).

A bioética, como tratada por esse autor, pode ser compreendida como uma bioética deliberativa, apoiando-se na deliberação, na hermenêutica, na responsabilidade e na prudência. Utiliza-se de três categorias analíticas inter-relacionadas: fatos, valores e deveres. Para Gracia, a experiência moral é ponto de partida da explicação e constitui-se como um fato nos termos fenomenológicos. A experiência moral é a experiência da obrigação que configura o fato, o fato moral de onde partem as explicações (as teorias éticas). A experiência moral se expressa no fato de que todo ser humano faz juízos dessa ordem, sente que há coisas que deve fazer e outras que não deve fazer, e pede contas a si próprio e aos demais do que vai fazer e do que fez. O agir moral, nesses termos, envolve três faculdades da inteligência humana: cognitiva (fatos); emocional (valores); volitiva (deveres). Diante dos fatos, o momento valorativo reclama o volitivo, isto é, o fato interpela o sujeito quanto ao reconhecimento de valores e demanda sua disposição para realizá-los em ações práticas (Zoboli, 2010).

Por essa razão, pode o autor definir o conflito moral como um conflito de deveres. Devemos realizar valores, nosso único dever ético é realizar valores, afirma Gracia (2009); nesse sentido, o conflito se coloca quando há uma situação em que realizar um determinado valor pode implicar abrir mão de outro valor, o que não seria desejável. Para dar conta desse desafio, Gracia (2009) propõe um método a ser aplicado para a deliberação moral. O referido método tem como pretensão ser instrumento facilitador para encontrar, em suas palavras, *termos médios, ou ótimos*, para as decisões sobre os "que fazer?", realizando o máximo possível dos valores envolvidos ou lesando-os o menos possível. Essas são, por definição, as decisões prudentes.

Fazendo a transposição dessa reflexão filosófica para as deliberações no espaço da clínica, Gracia (2001) parte do pressuposto de que a clínica e a ética compartilham de um mesmo método de

inspiração aristotélica. Assume, para as deliberações no campo da ética, assim como da clínica, a busca por decisões prudentes. Nesse sentido, são necessárias ponderações sobre consequências diante de determinadas decisões:

[...] El proceso de deliberación exige la escucha atenta (la angustia no deja por lo general escuchar al otro, precisamente porque se tiene miedo de lo que puede decir), el esfuerzo por comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario. (Gracia, 2001, p.4)

Por ser um procedimento fundamental da ética, a deliberação tem de ocorrer sempre que os valores, individual ou coletivamente, estiverem em conflito ou sob ameaça. Delibera-se para se tomarem decisões. Estas são sempre concretas; não podem ser tomadas no abstrato, mas têm de levar em conta as circunstâncias do ato e suas consequências previsíveis. É impossível, para a mente humana, esgotar a realidade; assim, os juízos de uma deliberação serão razoáveis, e não completamente racionais. Eles nunca terão caráter apodítico, pois ocupam papel importante, não só a razão, mas sentimentos, valores, crenças e afetos. Por isso, as decisões da deliberação são prudentes. Prudência não é um ponto, mas um espaço dentro do qual podemos nos mover para realizarmos os valores, dando conta de nossos deveres éticos. As decisões éticas equivalem a decisões concretas tomadas depois de cuidadosa deliberação (Zoboli, 2010).

A deliberação é uma forma de conhecimento, já que, durante seu transcurso, os envolvidos na situação de conflito põem-se em um contínuo processo, pacífico e não coercitivo, de avaliação e mudança, muitas vezes, dos próprios pontos de vista (Gracia, 2009).

Para Gracia (2001), a deliberação é um método, um procedimento que permite deliberar sobre os fatos, os valores e os deveres, dimensões que compõem as situações de conflito moral. É possível estabelecer passos para esse processo, visando a uma análise crítica das situações: apresentação do caso; discussão dos aspectos médicos (fatos); identificação dos problemas morais, partindo do reconhecimento dos valores envolvidos; escolha do problema moral a discutir; identificação de cursos possíveis para a ação; deliberação do curso ótimo; decisão final; avaliação da decisão final, com argumentos a favor e contra; exame da decisão sob as possibilidades de sua defesa pública, considerando os argumentos favoráveis e contrários; avaliação de sua legalidade, ou, ainda, sua concordância ou coerência com planos normativos mais gerais.

Além de método, o itinerário proposto por Gracia (2001) é uma pedagogia, pois, nas situações de conflito, o compromisso é alcançado quando cada parte modifica sua interpretação do marco comum. Assim, a deliberação apresenta-se como alternativa quanto ao doutrinamento intolerante e à neutralidade tolerante a tudo. Há uma pluralidade de valores, e a homogeneidade nesse âmbito da vida humana é impossível e indesejável, tanto quanto admitir tudo como moralmente válido ou justificável.

O processo deliberativo pode se dar nos âmbitos: pessoal, institucional e global. É um caminho para definir os deveres pessoais e coletivos na condução de nossa vida prática e, mais precisamente, da moralidade privada e pública, incluindo-se o trabalho na saúde (Zoboli, 2010).

Todos os humanos fazem juízos morais; sentem que há coisas que devem fazer e outras que não devem fazer, pedindo contas a si próprios e aos demais do que vão fazer ou do que fizeram. A experiência moral é universal, imperativa e justificatória, sendo sujeito moral quem experimenta essas três notas em si mesmo (Pose, Gracia, 2006).

Na experiência moral, há um encadeamento de fatos, valores e deveres. A fundamentação chega ao nível dos fatos, mas a argumentação é feita no âmbito dos valores. São estes que obrigam moralmente, e não os fatos, embora esses sejam suporte dos primeiros. A decisão ética não vem dada, precisa ser construída nessas três dimensões, por meio da deliberação. A razão constrói os conteúdos concretos da vida moral, ou seja, define o que é "bom" ou "mal", que valores realizar e como, na

“realidade do mundo”. Os conteúdos da moral são uma construção constante sobre o “apreendido da realidade”, daí seu caráter dinâmico, de superação constante (Zoboli, 2010).

Profissionais de saúde como sujeitos morais apoiam suas ações em códigos éticos válidos socialmente. Tecem opiniões, reproduzem avaliações acerca de “modos de vida”, construindo, na prática, ações que podem ser tomadas como *técnica moral dependente*, conforme nomeado por Schraiber (2008, 1997, 1995) ao investigar o trabalho do médico na contemporaneidade. Isto é, nas ações que articulam os processos de trabalho, em que pese operarem-se técnicas aparentemente bem definidas por meio de critérios clínicos protocolados, cada profissional procede a julgamentos que levam em conta a situação particular, o que denota uma dada autonomia a esse trabalho e sua articulação entre a produção de respostas às necessidades sociais.

Se, por um lado, o julgamento dos profissionais, quando um ato é também inspirado pela moralidade naquele sentido que vínhamos discutindo, por outro, como trabalho social, deve responder a determinadas necessidades de interesse social ou coletivo, como, por exemplo, as que dizem respeito ao controle epidemiológico da Aids. Esse dever (como expressão, também, de valor), no cotidiano dos serviços, quando no manejo do caso particular, pode implicar romper com critérios, como, por exemplo, de confidencialidade, ou ainda, negação da autonomia de decisões do paciente acerca de como este pensa em conduzir seu tratamento e suas relações pessoais. A dupla missão do profissional, entre o controle clínico do caso e potenciais riscos de transmissão da doença, esbarra em questões que envolvem valores e interesses individuais dos pacientes e valores e interesses que podem, genericamente, ser tomados como da ordem do âmbito público.

Como a deliberação se dá no nível pessoal, além do institucional, e ainda que a proposta metodológica de Gracia (2001) tenha sido inicialmente pensada como um método para comitês de ética e bioética em hospitais, ela possibilita orientar, em um âmbito mais privado, a análise e discussão de situações de conflito moral, ampliando sua compreensão para além das duas possibilidades extremas de cursos de ação a que remetem – por exemplo, no caso da Aids, antes citado, a alternativa entre respeitar os valores do indivíduo ou valores da ordem coletiva. O método, em sua forma de operacionalização, traz como exigência esforços de problematização de diferentes cursos para uma mesma situação. Evitando-se os cursos extremos implicados, buscam-se construções que ampliem essa perspectiva para cursos intermediários, espectro no qual pode estar a via ótima de ação. Desse modo, espera-se abrir o leque de possibilidades para a tomada de decisões que há entre as centradas nos polos extremos.

A instrumentalidade do método está de fato pensada para subsidiar as decisões no espaço da clínica, o que pode parecer uma estratégia unilateral reforçando, sobretudo, o poder do médico para fazer valer sua conduta. Ora, os médicos, como outros profissionais de saúde, só conseguem colocar suas decisões em prática para o cuidado ou qualquer outra ação que envolve a vida de outrem se este estiver de acordo. Por isso que, na maior parte das vezes em que é necessário, por exemplo, discussão ou debate sobre casos por equipe de saúde, há um esforço de compreensão da discordância ou da impossibilidade do paciente em seguir uma determinada indicação ou prescrição. Nesse sentido, a presença do paciente é representada, por assim dizer, em sua “resistência” às considerações sobre seus interesses e objeções às indicações do serviço, ponto a partir do qual costuma ser considerado.

Na perspectiva do método de deliberação, as assimetrias da relação “médico-paciente” precisam ser desconstruídas, partindo-se do pressuposto da interdependência desses dois sujeitos, para que, de fato, possa haver decisões com potenciais que resultem em ações concretas para o caso.

Qualquer projeto assistencial, para ser bem-sucedido, dependerá da capacidade de se estabelecerem consensos entre equipes e entre essas e seus pacientes, apostando em relações que tendam à simetria. Falamos de “tendência à simetria”, pois essa é uma ideia reguladora; uma simetria perfeita não será jamais alcançada na clínica, a não ser à custa de transformações radicais, em como está estruturada como processo social e como trabalho (Mendes Gonçalves, 1994). É isso mesmo que nos leva a sustentar que algum tipo de deliberação no contexto da clínica é possível e necessário: a clínica, em suas características estruturantes como processo de trabalho, reclama idealmente essa simetria, ao passo que tende a negá-la na sua operação concreta como técnica, reclamando, portanto, constante vigilância e respostas na perspectiva moral (Gracia, 2009; Schraiber, 2008, 1997).

A deliberação como proposta da bioética que toma como pressuposto do humano sua condição ética de “interlocutor válido” leva-nos, por seu lado, a outro campo teórico com que guarda uma rica interface, qual seja, a ética discursiva.

Se, nos estudos de Gracia (2009, 2005, 2001) sobre a deliberação, encontramos uma via para a identificação de conflitos morais e subsídios para o processo de tomada de decisões éticas prudentes, é ainda necessário adensar a compreensão acerca de como é possível, pela via da argumentação racional e considerando todos os sujeitos envolvidos, chegar a consensos racionalmente justificados.

Como compatibilizar finalidades do trabalho em saúde, com dadas racionalidades e responsabilidades sociais, a projetos de vida e de saúde das pessoas acompanhadas? Quais seriam as bases que possibilitariam acordos em situações de conflitos?

Na busca de referenciais para essa discussão, encontramos, nas proposições da Teoria do Agir Comunicativo e da racionalidade baseada na pragmática linguística de Jürgen Habermas (2003), indicações que possibilitam a coordenação de planos de ação partilhados intersubjetivamente nas interações mediadas pela linguagem.

A ética do discurso: indicações dos sentidos expressivos de conflitos morais

Partindo da premissa de que somos sujeitos éticos, Habermas (1999) denomina 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, 1999, p.18).

Nessa perspectiva, os códigos morais das sociedades estão moldados a essa suscetibilidade humana e se movimentam em torno de princípios relativos à igualdade de tratamento, à solidariedade e ao bem-estar geral. Nesse caso, os códigos morais têm de cumprir uma dupla missão. A primeira se refere à intangibilidade dos indivíduos, na medida em que reclamam igual respeito pela dignidade de cada um que protegem; a segunda se refere igualmente às relações intersubjetivas, através das quais se preservam os indivíduos como 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, 1999).

A ética discursiva em Habermas (1999, 1989), baseada na Teoria da Ação Comunicativa (Habermas, 2003), abre caminho para uma concepção de moral em que esse fenômeno é expresso no agir comunicativo que se move entre normas válidas intersubjetivamente, que são suporte para as ações dos sujeitos. Normas válidas pressupõem pretensões de validade acordadas e reconhecidas pelos atores a elas submetidas. Essas regras podem ser resgatadas discursivamente caso isso se faça necessário. O agir comunicativo é justamente a ideia reguladora que possibilita o acordo entre sujeitos comunicativamente competentes, expressando um reconhecimento intersubjetivo com base em pretensões de validade de regras ou normas para condutas.

Para Habermas, a validade de um discurso, conforme suas pretensões, tem de responder a três critérios fundamentais de racionalidade: de verdade proposicional (pretensões relativas a juízos sobre o mundo objetivo), correção normativa (relativas a juízos sobre o mundo social) e autenticidade expressiva (relativas ao mundo subjetivo).

Para que tradições culturais do mundo da vida possam ser interpretadas, resultando em orientações racionais para a ação, será necessário 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 nesses diferentes planos. Só, então, será possível gerar manifestações simbólicas a um nível formal argumentativo que permitam julgamentos objetivos das razões para as escolhas ou posicionamentos (Habermas, 2003).

Quando proferimentos passam a ser problematizados ou questionados por integrantes de uma comunidade, seus participantes terão de abandonar as certezas preestabelecidas e ingressar em um processo de construção argumentativa da validade em questão.

O princípio moral, nesses termos, 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. Desse modo, o jogo de linguagem moral interligaria proferimentos acerca de juízos sobre como devemos (ou podemos ou não podemos) nos comportar e reações de concordância ou rejeição acerca de determinadas normas ou regras. A linguagem moral também expressa razões pelas quais as partes conflitantes podem justificar posturas de aceitação ou rejeição (Habermas, 2004).

Voltando ao “caso” da epidemia de Aids, pode-se assumir, segundo o quadro exposto, que o modo peculiar como foram construídos, nesse campo, os acordos sobre o que seria bom e justo produziu também sua forma de enfrentamento. Apoiado em princípios de igualdade no plano dos direitos, na intangibilidade dos indivíduos e no respeito à sua dignidade, o movimento organizado das pessoas direta e indiretamente atingidas pela epidemia lançou mão do discurso dos direitos humanos e do direito à saúde, para reclamar responsabilidades sociais diante de uma doença que afetava a todos como membros de uma mesma sociedade.

As exigências colocadas na construção das respostas sociais à Aids para contextos assistenciais da saúde destacaram, então, o valor humano nas relações estabelecidas entre os sujeitos desses contextos (usuários e profissionais) 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.

O princípio moral, sob essa perspectiva, 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.

As ações teleológicas⁵, ou estratégicas, conforme nos é apresentado na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (2003), referem-se às ações em que os atores realizam fins ou produzem estados de coisas desejáveis, elegendo, em uma dada situação, os meios mais congruentes e aplicando-os de maneira adequada. Nesse caso, as decisões estão orientadas para a realização de um propósito, dirigido por máximas e apoiado em uma interpretação da situação.

Podemos considerar as Diretrizes do Programa Nacional de DST e Aids como o “discurso interpretativo” que indica as máximas nas quais 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 científicos e saberes operantes das técnicas baseadas nas ciências (Schraiber et al., 1996; Mendes-Gonçalves, 1994, 1992). Dessa forma, a ação terá determinadas finalidades bem definidas, impondo, aos agentes profissionais, responsabilidades no que tange a responder às demandas sociais de sua prática, em tese, que se organizam em torno da defesa da vida e restabelecimento da saúde - princípios esses inspirados em uma certa tradição (hipocrática), segundo a qual a ação médica sempre visa à beneficência, ou seja, está voltada ao bem do paciente.

Contudo, 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) e, especialmente, nas situações em que não haja consensos, 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.

⁵ 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); dramaturgia (em Goffmann) e a ação comunicativa (em Mead e Garfinkel).

Será sobre as possibilidades desse reconhecimento mútuo nas práticas assistenciais, com vista à produção de projetos terapêuticos afinados aos projetos de vida e saúde das pessoas assistidas, que chegaremos às proposições do Cuidado, tal como tratado em Ayres (2009).

Importa ressaltar que esse recorte, sem desconhecer outras possibilidades de abordagem do tema "cuidado" no campo da Bioética, da Filosofia, de modo geral, e, mesmo, na saúde, consiste em um construto específico da Saúde Coletiva, inscrevendo-se na perspectiva dos estudos do Processo de Trabalho em Saúde (Ayres, 2002; Peduzzi, 1998; Schraiber et al., 1996; Mendes Gonçalves, 1994, 1992; Schraiber, 1993) na saúde coletiva. Essa proposição toma o trabalho em saúde como trabalho social, expressando, em suas ações, duas dimensões: ação produtiva, dentro de dada racionalidade dirigida a fins determinados socialmente, isto é, como ação teleológica, e como ação comunicativa somente realizada da interação entre sujeitos em diante.

Partir da dimensão eminentemente relacional das práticas em saúde tem significado pensando-a em uma perspectiva emancipatória, mas também em seu caráter pragmático, com potenciais tecnológicos para as práticas, o que, nas palavras de Ayres, implica:

[...] um lado, um alargamento de sentido do que se entende por tecnologia, destacando não apenas seu caráter de produtor de bens, mas também a inseparável dimensão de produção de mundos, de construção de significados compartilháveis que se dá na e pela construção de objetos, produtos e instrumentos de trabalho. (Ayres, 2002, p.153)

Cuidado como práxis de reconhecimento mútuo

Uma práxis de reconhecimento mútuo como estratégia privilegiada para o fazer em saúde está expressa nas proposições do conceito de Cuidado tal como proposto por Ayres (2009). Baseadas na perspectiva hermenêutico-fenomenológica, as análises dos conflitos morais nas práticas de saúde abrem-se a considerações sobre as estruturas ontológicas do *ser*, como *ser-no-mundo*, o *ser* que compreende todas as possibilidades da existência humana tanto quanto suas relações com outros. Vale registrar que, em uma perspectiva habermasiana, esse *ser-no-mundo* será tomado, sempre, a partir de como os sujeitos constroem mutuamente suas identidades e as de seu mundo por meio de ações comunicativas, isto é, no *mundo da vida* (Habermas, 2003), lugar privilegiado dos valores e normas e onde a linguagem é orientada, fundamentalmente, para o entendimento, para o compartilhamento cotidiano da vida (Oliveira, 1999).

Nesses termos, e dirigindo nosso olhar para como são construídas as relações entre profissionais e usuários em serviços de saúde, encontramos uma possibilidade de reconhecimento mútuo e interação dos sujeitos presentes no espaço assistencial, para além de orientações apoiadas numa lógica de "queixa-conduta". A dialógica do cuidado aponta para o reconhecimento de quem é assistido como um *ser-no-mundo*, e sua presença como tal deve ser reconhecida em como suas questões de saúde estão em relação com seus projetos de vida e de felicidade (Ayres, 2009).

Desse modo, qualifica-se o lugar dos diferentes "deveres" e seus conflitos nas práticas de saúde. Ao se considerarem os projetos de vida e de felicidade das pessoas assistidas nos serviços de saúde, as percepções de necessidades e demandas tornam-se enriquecidas, situadas em sua significação mais singular.

Vale lançar mão de mais um recurso analítico que nos é apresentado na reflexão sobre o cuidado nas práticas de saúde. Trata-se das noções do que o autor chamou de *êxito técnico* e de *sucesso prático*, como dimensões das práticas em saúde. A ideia 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 e da teleologia da técnica. Já a ideia de *sucesso prático* nos remete para o caráter ético e político das práticas de saúde, tomada como *práxis*, isto é, como exercício de *escolhas*, nesse caso, escolhas compartilhadas de modos de vida: é disso que tratam os sentidos que se quer atribuir ao *sucesso prático* para as práticas de saúde na dimensão do Cuidado.

Não é nossa intenção, neste espaço, trazer resultados do estudo empírico relacionado à presente construção teórica, porém, apenas a título de exemplo, ousamos apresentar um excerto de relato de

campo que exemplifica a ideia explanada. O exemplo destaca a insatisfação de uma usuária que, apesar de permanecer com boa saúde, dado o sucesso de seu tratamento (êxito técnico) que a mantinha com imunidade preservada, demonstrava insatisfação, devido às mudanças ocorridas em seu corpo, atribuídas ao uso contínuo das medicações:

“[...] Lipodistrofia. A primeira vez que eu soube da lipodistrofia aqui, foi uma paciente minha que chorou muito, [...]. Ela dizia que estava feia, não sei o que; e eu falei: “Mas o importante é que o quê? 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 ou a sua saúde!? [...]”. (médica infectologista)

Quando, nesse exemplo, a usuária apresenta, como motivo para sua insatisfação, questões para além do controle da doença, está exigindo um reconhecimento de sua presença como sujeito, valorizando outros aspectos da vida a serem considerados. Recolocou, a seu modo, outros sentidos que considerava importante para o “bem-estar”.

Retornemos, assim, à discussão acerca do Cuidado e acrescentemos a ela a importante noção de que é o *projeto de felicidade* que expressa o sentido existencial que deve orientar as ações de saúde, fazendo dialogar produtivamente seus polos técnico e prático, caracterizando-se como um valor contrafático⁶. Quando nos movemos em direção ao cuidar, estamos fazendo um movimento de valorização da experiência vivida, experiência esta não restrita a qualquer “estado de completo bem-estar ou de uma perfeita normalidade morfofuncional”. O valor que se quer aqui realizar não está predefinido, não pode estar.

Como vimos, com Gracia e Habermas, guardadas as especificidades de seus quadros teóricos e objetos de origem, o valor assumido pelas ações/razões para um efetivo Cuidar só se define como tal a partir dos fatos – e dos deveres em que estes se transformam no encontro entre profissional e usuário.

Uma “ética” para o fazer profissional com base no Cuidado, como aqui apresentado, quer salientar o sentido de responsabilidade para com a pessoa de quem se cuida. Nesse caso, embora o cumprimento do dever técnico represente um ponto de vista ético desejável, não é, certamente, suficiente. De fato, pretende-se que a presença do “quem”, alvo da intervenção, não se limite apenas a um “estar-ali-para-ser-tratado”. Para além dos critérios clínicos e epidemiológicos, o Cuidado reclama a presença autêntica de cada sujeito (o cuidador não apenas como um “aplicador de técnicas” e o cuidado não apenas como “objeto de intervenção técnica”), possibilitando o compartilhamento de escolhas sobre os “que fazer”, em um movimento de reconhecimento mútuo de modos de vida desejáveis. Enfatiza, dessa forma, o respeito pela *liberdade, dignidade e diversidade*.

Assumir a perspectiva do Cuidado, partindo do reconhecimento de projetos de vida e de felicidade de quem é assistido, aponta como objetivos das ações de saúde a busca por *sucessos práticos*, alcançados sempre que compreendemos e manejamos os significados que têm os êxitos técnicos, possibilitados por nossas técnicas e ciências para os sujeitos a quem estão dirigidas as ações de saúde. Nas palavras de Ayres (2009, p.37):

⁶ 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 ideias éticas e moralmente norteadoras, de aspirações universais, mas construídas a partir da percepção do valor para a vida humana de determinadas ideias 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.

[...] 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.

O horizonte do Cuidado nas práticas de saúde reclama, portanto, a deliberação, tendo em vista sua dependência de alguns pressupostos: o reconhecimento de que o outro pode ter razão, ao menos tanto quanto eu, de que seu ponto de vista pode me enriquecer, servindo-me para ser mais prudente; a capacidade de escuta e disposição para compreender os pontos de vista distintos ou discrepantes dos próprios; o esforço de dar razão às próprias opções de valor, por mais difícil que isso seja; a capacidade de aceitar que se é falível, que não se sabe, que se equivoca, que se necessita dos demais, que, em um debate, posso não ter razão e que meus argumentos nunca são apodícticos ou esgotam o problema (Zoboli, 2010).

Para uma ética discursiva do cuidado

Em síntese, para a compreensão e enfrentamento dos conflitos encontrados no cotidiano da atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (Oliveira, 2009), como de outros temas complexos e delicados na prática de saúde, defende-se, como perspectiva teórica, a assunção do caráter eminentemente relacional e comunicacional do trabalho em saúde, interpretando-o como um *diálogo em curso e aberto* aos desencontros e embates aí experimentados. Quando esses desencontros localizam-se no âmbito moral, a deliberação, ou a bioética deliberativa, apresenta-se como uma sistemática para o confronto dialógico entre valores em conflito.

A própria ideia de “valor” concebe-se na perspectiva de um horizonte ético, que somente faz sentido no convívio com o outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só é possível de ser vivida em comum (Ayres, 2009).

Se examinarmos os casos identificados como problemáticos no cotidiano da atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, será possível identificar posicionamentos, de profissionais e usuários, acerca de ideários e modos de vida que tomamos como adequados para nós e para o outro na relação assistencial, ou ainda mantendo uma centralidade na predominância da necessidade de controlar a doença (Oliveira, 2009; Oliveira et al., 2009). Para além dos discursos apoiados em lógicas técnicas ou de controle da doença, há aspectos presentes nas decisões que temos de tomar que são inerentes ao mundo da vida e que nos dão conta de como a normatividade social (nossos julgamentos sobre o que é correto fazer em nossas relações com o outro) penetra a aparentemente neutra esfera da técnica. Ao compreendermos o encontro profissional-usuário como um diálogo, em um mundo compartilhado no qual a situação existencial de cada uma das partes (seus projetos de felicidade) é a fonte primeira do sentido concreto da ação técnica, então, também poderemos compreender as diferentes situações problemáticas como o embate entre os diversos “dever ser” que orientam as expectativas e ações desses sujeitos. E talvez, se formos bem-sucedidos, poderemos reconhecer, também, as estratégias mais prudentes para sua resolução.

As proposições da ética discursiva habermasiana possibilitam reconhecer as posições assumidas, pelos sujeitos, no plano da moral, como uma racionalidade que busca validar-se intersubjetivamente a cada situação concreta que coloca em cheque algum pressuposto do mundo vivido. Trouxemos, como exemplo analítico, partindo desse quadro, a mudança nos discursos políticos e sociais para Aids, que acabaram por configurar sua política de enfrentamento. Essa construção teórica nos apresenta uma *ética da razão prática*, que pode ser reconhecida nas proposições concretas em que aparecem, por exemplo, nas intervenções em saúde, os ideais do que é “bom e justo” fazer, tanto para o indivíduo como para todos os membros de uma comunidade ou sociedade. Essa ética implica não só o autoconhecimento e a autocompreensão, como também certos ideais, certos valores socialmente validados (Habermas, 1989).

Muito mais preocupados com os aspectos de uma *ética prática* do que com uma busca de princípios gerais da Bioética, pudemos encontrar, na bioética deliberativa de Gracia (2009, 2005, 2001), nas suas

tematizações acerca da questão dos conflitos de ordem moral, entendidos como conflitos de deveres, um fecundo acesso de uma ética discursiva do cuidado ao âmbito específico das decisões clínicas.

Partindo dos deveres, como um fazer diretamente afeto à realização de valores humanos, esse autor nos apresenta uma proposição sistemática capaz de subsidiar os profissionais de saúde na explicitação de quais diálogos, sobre quais deveres estão efetivamente envolvidos quando da situação de conflitos morais. Essa ética prática, deliberativa, em sintonia com a ética discursiva e com o conceito de Cuidado, reconhece que há uma racionalidade nas decisões que envolvem aspectos morais na atenção à saúde, mas demarca que tal racionalidade não é capaz de instruir a prática a partir de uma lógica apodíctica, isto é, que faça derivar de princípios abstratos, como decorrência lógica e necessária, para orientações de um agir correto.

Em uma tradição que remonta à razão prática aristotélica (Gadamer, 2003), assume-se que, nessas situações, os profissionais terão de submeter a busca de solução do conflito a um processo dialético, no qual as razões levantadas não esgotam, por meio de qualquer argumento final, a fundamentação de um juízo, permitindo, nessa abertura, que argumentos diversos, inclusive contraditórios, sejam defensáveis e capazes de instruir a sabedoria nas decisões. A deliberação, nesses termos, consiste na ponderação dos diversos fatores intervenientes percebidos como integrantes das situações concretas pelos diversos participantes da situação de cuidado. A decisão assim tomada, se não puder ser assegurada de antemão como a melhor, poderá, ao menos, ser aceita por todos os envolvidos como a mais prudentemente aceitável e promissora em seus meios e fins.

Colaboradores

Luzia Aparecida Oliveira é responsável pela concepção e elaboração do texto. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres orientou a concepção do manuscrito, realizou a supervisão geral e redação final do texto; Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli orientou as questões relativas a Bioética, realizou a supervisão geral e redação final do texto.

Referências

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepes, IMS/UERJ, Abrasco, 2009.

_____. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado**: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva. 2002. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa **Nacional de DST/ e Hepatites virais**. Boletim Epidemiológico – Aids e DST Ano VI – nº 1 – 27ª a 52ª – semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2008; Ano VI – nº 1 – 1ª a 26ª – semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2009. Brasília: MS, 2010.

FREITAG, B. **Itinerários de Antígona**: a questão da moralidade. Campinas: Papirus, 1997.

GADAMER, H.G. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 2003.

GRACIA, D. **Deliberación moral**: el papel de las metodologías en ética clínica. Madrid: Universidad Complutense, 2009. [material didáctico del curso].

_____. Semiólogia de los conflictos morales en bioética. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, 6., CONGRESSO DE BIOÉTICA DEL MERCOSUR 1., 2005, Foz do Iguacu. **Anais...** Foz do Iguacu, 2005. p.36.

_____. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med. Clin.**, v.117, n.1, p.118-23, 2001.

GRANJEIRO, A.; LAURENTINO, S.L.; TEIXEIRA, P.R. Respostas à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.26, n.1, p.87-94, 2009.

HABERMAS, J. **Verdade e justificação**: ensaios filosóficos. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **Teoría de la acción comunicativa I**: racionalidade de la accion y racionalización social. Madrid: Taurus, 2003.

_____. **Comentários à ética do discurso**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992. (Série Textos, v.1).

OLIVEIRA, L.A. **Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos**: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids. 2009. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

OLIVEIRA, L.A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. In: AYRES, J.R.C.M. (Org.). **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepes, IMS/UERJ, Abrasco, 2009. p.211-32.

OLIVEIRA, N. Mundo da vida e forma de vida: a apropriação Habermasiana de Husserl e Wittgenstein. **Veritas**, v.44 n.1, p.133-46,1999.

PARKER, R. The global HIV/Aids pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. **Am. J. Public Health**, v.92, n.3, p.343-7, 2002. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/full/92/3/343>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. 1998.

POSE, C.; GRACIA, D. **Introducción a la bioética**: origen, fundamentación y metodo. Madrid: Universidad Complutense, 2006. [material didáctico del curso].

SCHRAIBER L.B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.1, n.1, p.123-38,1997. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista1/artigo1.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saude Publica**, v. 11, n.1, p. 57-64, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, N.E.K.; AYRES, J.R.C.M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.25, n.8, p.1797-806, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/16.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa da saúde da família. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

_____. **Deliberação**: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica. 2010. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M; ZOBOLI, E.L.C.P. Conflitos morales y atención a la salud en el sida: aportes conceptuales para una ética discursiva del cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.363-75, abr./jun. 2011.

El artículo presenta aspectos conceptuales de una aproximación a los conflictos morales en el cuidado de las personas con sida basado en la ética discursiva. El planteamiento, desde de la Bioética deliberativa, definió conflicto moral como un conflicto de deberes. Utilizó la ética del Discurso y las proposiciones del Cuidado, asumiendo que el trabajo en salud es altamente relacional y comunicador. Las conclusiones indican que la ética del Cuidado reconoce la racionalidad de la toma de decisiones ante los conflictos morales en la asistencia. La búsqueda de soluciones para los conflictos morales, desde la perspectiva presentada, plantea un proceso dialéctico donde se ponderan las razones de todos los argumentos. La toma de decisiones prudentes es posible mediante la clarificación de la diversidad y contradicción de los argumentos.

Palabras clave: Trabajo en salud. SIDA. Bioética. Cuidado. Ética del discurso.

Recebido em 09/06/2010. Aprovado em 10/01/2011.

