

Linguagem como Abertura ao Diálogo entre Cuidado em Saúde e Educação Médica

Language as an Open Dialogue between Health Care and Medical Education

Sérgio Marques Jabur¹
Fernando de Almeida Silveira¹

PALAVRAS-CHAVE

- Linguagem;
- Comunicação Interdisciplinar;
- Existencialismo;
- Cuidado;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Language;
- Interdisciplinary Communication;
- Existentialism;
- Care;
- Medical Education.

RESUMO

Este estudo objetivou estudar a temática do cuidado, inerente e imanente às relações dos sujeitos da saúde, a partir de uma pesquisa teórica com implicações para a prática. Utilizamos o referencial filosófico de Merleau-Ponty, que analisa o sujeito do conhecimento em sua experiência mundana. Sob esta ótica, parte-se do pressuposto de que a experiência vivida pelo profissional da ciência médica, em seus campos de atuação, abre um espaço singular de constituição de sentidos em suas trocas intersubjetivas. A linguagem, como ponto de partida para o entendimento da relação entre a equipe de saúde e os usuários dos equipamentos, tem na comunicação a possibilidade de abertura para o homem se constituir enquanto sujeito autônomo; e a cada momento, a fala propicia a interação entre o eu e o outro, favorecendo o encontro. A fenomenologia, cada vez mais evidenciada em estudos de saúde, é importante ferramenta para a educação médica e, ao apresentar a linguagem como o sentido que habita a palavra, torna-se elemento-chave das atuações clínico-institucionais, promovendo a produção de cuidado.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the subject of care, inherent and immanent to the relations of health subjects, based on theoretical research with practical implications. We use Merleau-Ponty's philosophical framework, which analyzes the subject of knowledge in their mundane experience. From this perspective, it is normally assumed that the experience of the medical professional in their fields presents a unique space constituting an interchange of meanings. Language, as a starting point for understanding the relationship between the health care team of and equipment users represents, through communication, the possibility of offering man the chance to establish himself as an autonomous subject; and speech, at all times, provides the interaction between the self and the other, encouraging the meeting. Phenomenology, increasingly demonstrated in health studies, is an important tool for medical education, by presenting language as the meaning that inhabits the word, becoming a key element of clinical and institutional actions and promoting care production.

Recebido em: 08/04/2014

Reencaminhado em: 01/02/2015

Aprovado em: 25/07/2015

INTRODUÇÃO

*Eu não sou eu nem sou o outro
Sou qualquer coisa de intermédio:
Pilar da ponte de tédio.
Que vai de mim para o outro.*

Mário de Sá Carneiro

Não delimitamos o Cuidado à Atenção Básica ou mesmo à primeira entrevista. Sabemos que o primeiro contato do sujeito geralmente ocorre na Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde; entretanto, propomos um novo olhar em saúde: olhar o sujeito na sua totalidade. A fenomenologia, o modo de se pensar o homem através da experiência e do que fora vivido por este, é que nos leva ao entendimento do Cuidado para além do curativo e não restrito ao preventivo. É este olhar que nos faz imaginar o Cuidado para o sujeito e não entre o sujeito e os equipamentos de saúde.

O estudo da fenomenologia, enquanto descrição da experiência perceptiva, compartilhada nos contatos interpessoais, é elemento-chave na formação – relacional, ética e política – da ciência médica, ampliando a produção do cuidado.

Propomos uma forma de olhar o sujeito na qual o caminho do pensamento utilizado narra as etapas da pesquisa de acordo com os conceitos-chave interdisciplinares – linguagem, cuidado, percepção e corpo –, o que nos oferece uma base para a compreensão do método fenomenológico na formação profissional em saúde.

A década de 1970 no Brasil, período marcado pela ditadura militar, trouxe à cena movimentos que lutavam pela saúde como bem social e cidadania. O *slogan* “Saúde é democracia” nos provoca, além da defesa dos direitos humanos e do enfrentamento político do momento citado, ações em defesa da saúde. Se pensarmos que saúde é uma superação da dicotomia do curativo e do preventivo, caminharemos ao equilíbrio entre esses dois pilares básicos.

O contexto histórico em que vivemos é outro. Autores, pensadores e a própria prática clínico-institucional nos mostram que a educação e a formação profissional são a base para a construção do Cuidado em saúde.

“Ensinar” é um verbo que nos remete à troca de experiências entre os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem – não é algo estático e, nem mesmo, um acúmulo de informações. O aprender a cuidar inclui os afetos, de forma que se acrescenta ao processo o saber cuidar, a implicação na realidade do outro.

Ayres³ enfatiza a diferença na grafia da palavra cuidado; baseando-se em Heidegger, o autor articula a grafia da palavra Cuidado com as práticas em saúde. A grafia com inicial

minúscula indica as práticas instrumentalizadas e a ação clínica no diálogo entre sujeito e equipe médica; já a grafia com inicial maiúscula, apresentada como substantivo próprio, simboliza o aspecto subjetivo que o cuidar abarca, sinalizando o encontro terapêutico em que o sujeito é visto de maneira singular.

Entendemos que “o trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial”⁹ (p. 49). Diante do profissional de saúde, o sujeito fala sobre si mesmo, narra suas experiências de vida e as vivencia novamente, na medida em que recordar é também dar novos significados aos acontecimentos. A escuta positiva, por parte das equipes de saúde, possibilita o início do caminho do Cuidado, o qual ocorre de maneira conjunta. E é um dos pressupostos fundantes dos atendimentos clínico-institucionais.

Sob este ponto de vista, a qual “saúde” nos reportamos? Na complexidade de conceitos e práticas em saúde, ao conceito de Ayres³ do cuidar com responsabilidade e confiança, completando o diálogo que explicita a “potencialidade conceitual de que a saúde seja a produção da vida no coletivo”⁸ (p. 239).

Ao falarmos do sujeito imerso no que ele tem de mais particular enquanto experiência perceptiva singular e da saúde como a manifestação deste indivíduo no espaço social, é que propomos a fundamentação reflexiva teórica do processo do Cuidado na aproximação do método fenomenológico de Merleau-Ponty. Assim, propomos uma aproximação desta abordagem ao contexto das ciências médicas, visando relevar os sentidos e as experiências do sujeito enquanto elemento-chave na produção do cuidado humanizado e enquanto temática fundamental da educação médica.

Neste sentido, a pesquisa é essencial para repensar os modos de produção de cuidado, o que torna importante o papel do pesquisador, e deve ser eticamente balizada, já que os profissionais da saúde necessitam se distanciar dos preconceitos e se propor a ouvir o sujeito e sua realidade que, na maioria das vezes, caminha em sentido oposto à nossa própria realidade – do mesmo modo que “a pesquisa apresenta-se como uma possibilidade para que os estudantes e profissionais construam uma explicação para um problema gerado por um fenômeno cujo conhecimento científico que possuem para explicá-lo ainda é insuficiente”⁷ (p. 33).

A pesquisa em saúde se compromete com o sujeito, pois, a partir do momento que ele aceita fazer parte do nosso estudo, somos implicados naquela história de vida e, portanto, estamos constantemente convocados a pensar a ética que se dá nessa relação. Neste limite de atuação, tão difícil de delimitar, incide a formação em saúde.

Porque a pesquisa não se finda no momento de sua conclusão, é neste exato momento que de fato ela ganha o campo. Os profissionais beneficiados por esta pesquisa continuarão o trabalho iniciado, já na prática, na atuação clínico-institucional. É no dia a dia das práticas em saúde que a educação médica se dá. Na possibilidade do encontro entre sujeitos e profissionais.

Castro e Silva *et al.*⁷ (p. 40) refletem sobre a ética na pesquisa:

Pensar a ética e a autonomia na relação entre sujeitos não se finda com a pesquisa, mas permanece na medida em que, ao entrarmos na pesquisa, saímos sempre outros, influenciando-os igualmente, razão pela qual passamos a nos responsabilizar de forma mútua.

Pensar a pesquisa é realinhar o que queremos como objeto de investigação. E convidar a fenomenologia para dialogar com a saúde nos oferece espaço para pensar no sujeito social, cultural e particular. A fenomenologia – enquanto visão de mundo – convida-nos à escuta. Precisamos nos indagar sobre aquele que está diante de nós: quem é o sujeito que está a nossa frente? Quais as experiências vividas por ele? Como o método fenomenológico pode orientar a formação médica?

MÉTODO FENOMENOLÓGICO NO CUIDADO EM SAÚDE

Entendemos o método fenomenológico a partir da constatação de que os fatos são relevantes no *aquí e agora* das práticas em saúde e nos possibilitam analisar o papel da linguagem na subjetividade das relações entre os sujeitos e os produtores de cuidado. Por outro lado, é o método fenomenológico que nos mostrará a importância de colocarmos em suspensão nossos preconceitos para atingir o objetivo pretendido. Ressaltamos que “o método fenomenológico pode ser usado para descrever como algo aparece a partir de determinado ponto de vista, dado determinado ambiente”⁶ (p. 3).

Explicando a fenomenologia, Carel⁶ (p. 4) entende que esse tipo de abordagem:

É usado para atender a vários aspectos da nossa experiência, fornecendo um método para a experiência humana mais exigente. A fenomenologia é um método filosófico, que investiga as condições possíveis para ter uma experiência individual. Para descrever a experiência da doença, precisamos de uma abordagem que possa representar o papel central do corpo na vida humana e reconhecer o primado da percepção. Tal abordagem é encontrada na obra fenomenológica de Merleau-Ponty.

O que seria então a investigação na abordagem fenomenológica? De imediato, podemos pensar que “investigar é sempre colocar em andamento uma *interrogação*” e podemos pensar que investigar é perguntar. Ao mesmo tempo em que não podemos ir em busca da explicação sobre um fenômeno com um prévio entendimento sobre as coisas. Assim, podemos considerar que a investigação é “*todo querer saber, querer compreender* que se lança *interrogante* em direção àquilo que apela, que o afeta, que provoca sua atenção e interesse”¹² (p. 28).

Carel⁶ (p. 11) estabelece, com base nos fundamentos da fenomenologia, como podemos pensar o método fenomenológico na experiência da doença:

Esta aplicação não se limita à formação e à prática médica. Na verdade, existem maneiras importantes pelas quais a fenomenologia pode também contribuir para o estudo dos resultados terapêuticos e iluminar problemas metodológicos. Por exemplo, o uso de métodos fenomenológicos para avaliar a eficácia dos tratamentos médicos pode ajudar a explicar o significado de expectativas dos pacientes.

É sob esse ponto de vista que compreendemos como se dá a realização de algo; é a partir do entrelaçamento do homem com o mundo que habita; e isso acontece porque a realização não está ligada exclusivamente à presença das coisas, mas ao olhar que o homem dá a essas mesmas coisas. É a manifestação do ser das coisas que possibilita a elas ser olhadas pelo homem, justamente nessa intersecção. Com isso, podemos entender que “o olhar torna-se olhar desde a possibilidade de manifestação da coisa, assim como a coisa torna-se presente pela possibilidade do olhar que a vê”¹² (p. 116).

A expressão alcança o pensamento e busca a compreensão do homem com vários significados; porém, um deles chama em especial a atenção e se faz mais bem visível que os demais. Quando falamos ou escrevemos, estamos mudos, entregues a algo que será dito ou ainda ao que a própria expressão já traz como significado.

Acontece que, inesperadamente envoltas nesse fundo de silêncio, as palavras brotam, fornecendo o significado que “é tão justo, tão capaz de devolver ao próprio escritor seu pensamento quando ele o tiver esquecido, que é preciso crer que esse pensamento já era falado no avesso do mundo”¹³ (p. 33).

É importante pensarmos na relação existente para Merleau-Ponty de que “compreendemos o mundo porque ele nos compreende”; e o Eu lançado ao mundo marca sua presença com o próprio corpo sendo a “subjetividade concreta inseparável do mundo e, portanto, do corpo”¹¹ (p. 73).

Novamente, diante de nós, a questão do sentido. Tão fundamental na compreensão do sujeito fenomenológico, já que o homem vai ao mundo e vive suas experiências na busca por sentido de vida. O que é importante para nós e o que nos motiva? Responder a isso possibilita olharmos para o sujeito diante de nós a partir daquilo que ele mesmo viveu. Saber o que queremos enquanto profissionais e, acima disso, enquanto homens é que nos move à escuta e ao encontro terapêutico. Precisamos nos implicar pela vida de outrem, é necessário, e talvez fundamental, que os produtores de cuidados se afetem pelo ser que está diante deles e que sofre.

A partir deste referencial em que a experiência vivida é central para a compreensão do sujeito perceptual, iremos analisar a articulação da fenomenologia e da linguagem enquanto tema primordial para a compreensão da constituição da relação intersubjetiva entre cuidador e sujeito cuidado, através das palavras.

FENOMENOLOGIA E LINGUAGEM: PALAVRAS DITAS E PALAVRAS NÃO DITAS

É com a palavra que nos comunicamos. É uma das maneiras de o sujeito se mostrar ao mundo social e coletivo. A fenomenologia de Merleau-Ponty¹⁵ identifica as palavras ditas (expressas, verbalizadas, manifestas) e as palavras não ditas (olhares, gestos, manifestações corporais). A ciência médica, por muitos anos, focou-se nas palavras ditas, pois olha o Cuidado como curativo. O processo contínuo de pensadores que propõem a humanização do cuidado e a formação permanente em saúde evidencia o quanto é importante darmos atenção às palavras não ditas, na medida em que estas apresentam o sujeito em sua totalidade.

A linguagem define o homem como ser particular, subjetivo. Torna-se a base para a educação e formação profissional em saúde, uma vez que as técnicas do cuidar se constroem a partir do próprio sujeito. Entendendo que “as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação”, é que podemos pensar que as palavras “dão sentido ao que somos e ao que nos acontece”⁵ (p. 1-2).

Sabendo da importância que a palavra adquire é que podemos compreender o homem, de acordo com Bondía⁵ (p. 2):

O homem é um vivente com palavra. E isto não significa que o homem tenha a palavra ou a linguagem como coisa, ou como faculdade, ou como ferramenta, mas que o homem é palavra, que o homem é enquanto palavra, que todo homem tenha a ver com a palavra se dá em palavra, está tecido de palavras, que o modo de viver próprio desse vivente, que é o homem, dá-se na palavra e com a palavra.

Existem expressões que se tornam comuns e normalmente nos contam sobre acontecimentos. Merleau-Ponty¹³ cita alguns exemplos: o estado climático – chuva; há também aquelas que designam coisas, como uma flor, e ainda as que nos falam sobre ideias, como a imortalidade do homem. Tais expressões surgem enquanto sentido quando, a partir das palavras, conseguimos obter significações. A língua se dispõe a nos apresentar signos fundamentais, e a expressão emerge à medida que o homem tece suas próprias experiências, reconduzindo a expressão à relação entre signo e significado.

As palavras levam-nos a outros pontos de comunicação. Ao lembrarmos que o verbo comunicar advém do latim *comunicare* – com o significado de *pôr em comum* –, compreendemos que a comunicação pressupõe, de acordo com Silva¹⁶, o entendimento que aparece entre sujeitos e equipe médica, já que não há o entendimento sem a compreensão. É assim que, para a fenomenologia, o *sentido habita a palavra*. O significado, aquilo que nos move diante das coisas, está na palavra.

As pessoas são nomeadas, assim como os objetos também são. O homem recebe seu nome e vive a história possível daquilo que herdou quando fora nomeado. O homem não poderia ser chamado de outra coisa a não ser do seu próprio nome. A palavra, também, só pode ser chamada por aquilo que entrega enquanto significado.

Se o sentido habita a palavra, é a escuta a tarefa prioritária do Cuidado em saúde. O primeiro contato entre equipe e paciente, em muitos casos, define o seguimento do tratamento. Nós sabemos que o acolhimento humanizado produz bons encontros e a possibilidade de que o sujeito retorne aos serviços de saúde.

A linguagem propicia a mudança de perspectiva, sendo que o sujeito não habita sozinho o mundo; ele está constantemente imerso na teia de relações possíveis e universais, representadas pela cultura e sociedade viventes. A comunicação, portanto, advém da possibilidade de haver palavras; a linguagem que move o homem ao encontro do outro possibilita a constituição de um só tecido. O eu que se vê no corpo de outra pessoa não deixa de ser ele mesmo.

O termo *mundo*, tão comum na filosofia fenomenológica existencial, revela-nos o quanto estamos interligados uns aos outros, construindo continuamente nossas relações pessoais, profissionais, e, assim, estamos constantemente imersos no universo social e cultural.

Outro aspecto dessa relação entre sujeitos e equipes de saúde é a proposta de Ayres³ de entendermos o Cuidado em saúde – grafado em letra maiúscula – como maneira de propor, através do olhar fenomenológico, a diferenciação do cuidado – grafado em letra minúscula. O primeiro se refere às

várias maneiras de o sujeito lidar com a própria saúde, às possibilidades de se entender a saúde entrelaçada nas questões da subjetividade, enquanto o segundo termo significa as práticas instrumentais em saúde.

Há, portanto, um paralelo importante com o que a fenomenologia apresenta por Merleau-Ponty¹⁴ (p. 266-267) entre a *fala falante* (“é aquela em que a intenção significativa se encontra em estado nascente, é para além do ser que ela procura alcançar-se”) e a *fala falada* (“desfruta as significações disponíveis como uma fortuna obtida”).

Acerca da temática da fala falante e da fala falada, Merleau-Ponty¹³ (p. 42-43) retoma essas questões na obra *A prosa do mundo*:

[...] A linguagem falada é aquela que o leitor trazia consigo, é a massa das relações de signos estabelecidos com significações disponíveis, sem a qual, com efeito, ele não teria podido começar a ler, que constitui a língua e o conjunto dos escritos dessa língua. [...] A linguagem falante é a interpretação que o livro dirige ao leitor desprevenido, é aquela operação pela qual um certo arranjo dos signos e das significações já disponíveis passa a alterar e depois transfigurar cada um deles, até finalmente secretar uma significação nova.

De acordo com Silva¹⁶, compreendemos que toda comunicação, portanto, nos apresenta duas partes: a primeira é o conteúdo, e, assim, o fato, a informação, tudo aquilo que queremos transmitir ao outro; a segunda representa o que sentimos quando nos comunicamos com o outro. Sabemos que o conteúdo implicado em nossa comunicação está diretamente ligado ao nosso referencial de cultura e sociedade. Às vezes, a maneira *como* dizemos interfere muito mais *no que* dizemos.

Na teoria de Merleau-Ponty¹⁴, nós nos marcamos no mundo, nós nos lançamos ao universo de possibilidades com o nosso corpo; e aqui o corpo adquire um sentido de instrumento, veículo do homem no processo de se encontrar, de se disponibilizar ao outro, ao mundo e a si mesmo. O corpo é a possibilidade que o homem tem de se identificar diante de outro homem, identificar-se como humano, como ser vivente.

Merleau-Ponty¹⁵ (p. 108-109), em sua conceituação de corpo, nos acrescenta noções de cultura e subjetividade ao dizer que:

A história verdadeira vive integralmente em nós. É em nosso presente que ela adquire a força de trazer para o presente todo o resto. O outro que respeito vive de mim como eu dele. [...] Pela ação da cultura, instalo-me em vidas que não são a minha, confronto-as, revelo uma para a outra, torno-as copossí-

veis numa ordem de verdade, torno-me responsável por todas, suscito uma vida universal, assim como me instalo de uma só vez no espaço pela presença viva e espessa do meu corpo.

O que nos remete ao entendimento daquilo que se pode expressar naquilo que nós conseguimos tornar passível de comunicação é apontado como o modo de se desvelar das coisas, dos fatos. O sujeito habita o mundo com o seu corpo – no sentido amplo da palavra e que nos remete aos gestos, palavras, olhares.

Portanto, ao abordarmos questões ligadas à saúde, precisamos refletir sobre conceitos de corpo no sentido existencial do termo, em sua dimensão de expressividade, conforme visto, do ponto de vista tanto das palavras ditas, como das não ditas.

Sob este prisma, será analisada, em sequência, a questão da linguagem e da comunicação, do ponto de vista fenomenológico, em sua dimensão do cuidado em saúde.

FENOMENOLOGIA E O CUIDADO EM SAÚDE

Silva¹⁶ reforça, através da palavra, a importância de que o principal ponto de partida para a construção de uma equipe de saúde é a **comunicação**; e, portanto, a possibilidade de transmitir ao outro; do mesmo modo que ressalta a importância da escuta para a atuação das práticas em saúde. Do encontro entre sujeitos e equipe se determina a base para o Cuidado. Ayres⁴ diz que *sujeitos são diálogos* e, a partir desta expressão, coloca a necessidade do cuidado individual, que passa pela escuta; os profissionais da saúde demandam uma disponibilidade para a escuta.

Aneas e Ayres² (p. 659) resume a questão da comunicação em saúde:

O profissional se abre a esta escuta, não como porta-voz do discurso instrumental, mas como aquele que acolhe o outro e torna as suas demandas válidas para o direcionamento de suas intervenções. O cuidado se dá em um contínuo das relações entre usuários e serviços de saúde.

O Cuidado, que se inicia com a escuta, demanda, sim, novos olhares da formação dos profissionais de saúde. De modo que falaremos adiante do método fenomenológico e de como este modo de se ver o homem deve se aliar à educação permanente, pois “é preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados”⁴ (p. 58).

Ao falarmos sobre o sujeito que adoecer, é preciso entender o que, para a fenomenologia existencial, é o cuidar coti-

diano no contexto existencial sobre o qual emerge o sentido dos sujeitos em sua relação de ser-no-mundo. De forma que a “produção de cuidado diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos às minúcias que fazem parte da vida de todo dia e que se qualificam como fatores de sociedade”⁷. Para as referidas autoras, a noção de cuidado é a base da construção da subjetividade.

Ao ampliarmos nosso olhar em direção à abordagem fenomenológica, podemos entender que o sujeito está inserido no mundo e, ao se lançar às várias possibilidades de ser-com-os-outros, ele reafirma a posição coletiva, que é viver suas próprias escolhas; e que não se vive sozinho em sociedade. O que move as relações sujeito–objeto e, ainda mais claramente, as relações sujeito–sujeito leva-nos a entender que o ato de cuidar é, *a priori*, individual, pois o próprio homem é capaz de olhar a si mesmo como reflexo do cuidar.

O corpo físico, tão estudado pelas ciências médicas, adquire no pensamento fenomenológico a dimensão existencial. É com o corpo que o homem se aproxima de outro homem; do mesmo modo, pensamos que a subjetividade, no sentido de particular, individual, é, para o sujeito, a única maneira de ele se conhecer e, com isso, se expressar.

Analisando as questões sobre sujeito–espectador, Chaui¹¹ (p. 95) conta que:

O sujeito não é espectador: é vidente. Merleau-Ponty desfaz a abstração dos fatos. Não há fatos. Há o sensível vindo a si em cada coisa como textura e espessura visual, tátil, sonora, presente ao nosso corpo como uma extensão e uma duplicação dele. [...] As coisas não são objetos de contemplação de um espectador cujo olhar varreria totalmente o cenário.

Merleau-Ponty¹⁴ vai nos dizer que, para o doente, não existe a possibilidade do abstrato, do ato de encenar algo, haja vista que se torna complexo diferenciar qualquer situação imersa do real no momento em que o sujeito diferencia um fato de um problema.

Para o doente, a situação é aquela que, em si mesma, lhe é apresentada, se nada é comum como produzir o real. É válido enfatizar que o sentido de real não é aquele oposto à fantasia delirante, é apenas a manifestação do concreto.

Pode-se, então, fazer um contraponto da experiência real com a dramatização dos atores. Esta forma de atuação pressupõe que o homem empreste seu próprio corpo a outra vida, emprestando, assim, seu corpo real aos vários personagens.

Esta é a possibilidade que o doente perde, já que o corpo se tornou a ação real de vivenciar as limitações da doença.

A partir desses exemplos da experiência do corpo doente e do corpo enquanto instrumento de dramatização, é possível situar a questão do corpo no sentido geral.

Se o nosso corpo *habita o espaço e o tempo*, ser sujeito é poder narrar as próprias histórias e vivências, movendo-nos para perto de nós mesmos.

Segundo Silva¹⁶, a comunicação entre sujeitos e produtores de cuidado se torna possível e com qualidade na medida em que nos perguntamos o que nós queremos trocar uns com os outros e, desta forma, o que queremos *colocar em comum*. Ainda segundo a autora, é preciso saber qual o nível de troca que podemos realizar.

Do mesmo modo que a comunicação não acontece na relação direta da palavra com o ouvinte, não se pode entender que o pensamento está todo ele depositado nas palavras e que isso torne o ato de comunicar seguro e completo. Ao contrário, a comunicação ocorre no momento em que o homem se manifesta por inteiro: corpo, fala, campo de presença, experiências vividas, já que “o sentido está para além da letra”¹³ (p. 67).

É deste modo que “o coletivo que somos e a escuta que proporcionamos ao usuário vão desenhando formas à educação e à rede que passamos a fazer”¹⁰ (p. 20).

O Cuidado é um acolhimento, na medida em que o acolher “se transforma em ferramenta e atua sobre a escuta, não mais eletiva e classificatória, mas no que opera no ato do encontro, no entre, podendo agir na direção de um escutar”. Caminhamos em direção ao modo de se operacionalizar o Cuidado como prática de saúde, uma vez que “operar acolhimento como ferramenta é fazer uso dos novos significados para dar conta do que acontece”¹ (p. 316), com especial destaque, na experiência – dialógica e corporal –, do encontro eu–outro nas relações de cuidado médico.

No caminho de pensamento traçado a respeito do Cuidado como entendimento do sujeito particular e de suas representações no mundo, a saúde é a “produção da vida no coletivo”⁸ (p. 239).

A manifestação do homem enquanto sujeito autônomo é que nos aproxima da expressão *produtores de cuidado*, que Ayres² indicou para denominar os profissionais de saúde. Na relação entre profissionais e sujeitos, todos são protagonistas do cuidado, cada qual de uma maneira e diante do seu modo de se inserir no mundo.

Ayres⁴ (p. 658-659), ao falar sobre os *protagonistas do cuidado*, expõe a importância de a relação de Cuidado estar baseada na escuta:

Um dos protagonistas, o cuidador, detém um saber instrumental específico, mas o outro, o destinatário das ações de

cuidado, mesmo fragilizado pelo seu padecimento, e por isso mesmo, detém um saber prático indispensável para as escolhas relevantes ao seu cuidado.

Ou seja, releva-se não só o papel do cuidador enquanto detentor privilegiado do conhecimento científico, mas evoca-se a experiência de vida do sujeito submetido ao cuidado, enquanto saber importante na estruturação da relação de cura. E Ayres⁴ (p. 658-659) conclui reafirmando que:

A importância da escuta às singularidades da vida do sujeito de cuidado, a considerar que, no voltar-se à presença do outro no cuidado em saúde, deve-se ter claramente quem é este outro. Deve-se compreender e ter uma escuta deste outro como aquele que construiu e constrói uma história particular de existência, mas que não é separado do mundo que o rodeia em seus significados compartilhados.

Portanto, o caminho para o Cuidado em saúde passa pelo “acolhimento, vínculo e responsabilização de quem cuida e daquele que é cuidado”, pelo diálogo, pela troca como um espaço de acolhimento. Assim, “o espaço do encontro se torna um espaço comunicacional”⁴ (p. 259).

Abrahão e Merhy¹ (p. 317) nos contam que o encontro é o que fazemos durante toda a vida; nós encontramos uns aos outros, vivemos uns diante dos outros, é o movimento de estar vivo; nós afetamos e somos afetados e caminhamos no desdobramento para a vida. Nós produzimos cuidado, “que implica a produção de encontros, de conexões existenciais em aberto; cuidado entre vivos, com suas singularidades e multiplicidades, em acontecimento”.

Abrahão e Merhy¹ (p. 317) definem o sentido de cuidar atrelado ao encontro:

O sentido do cuidar implica processos imanentes e referentes às múltiplas possibilidades relativas ao encontro. Imanentes, pois tem como ponto de partida o próprio encontro; múltiplos, pelas diferentes possibilidades de, no mesmo encontro, identificarmos uma multidão de encontros, que passa pela troca de olhares, pela construção de conhecimento, pelas afecções em geral.

A partir disso é que podemos entender o encontro terapêutico como a coconstrução, o caminhar junto entre sujeito e aquele que o ouve. O encontro se torna possível enquanto possibilidade de abertura das equipes de saúde e do sujeito. A formação médica está diretamente ligada a esta disponibilidade para a escuta, conforme apresentaremos a seguir.

APLICAÇÃO DA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA À FORMAÇÃO MÉDICA

A partir do que propomos, o convite de Bondía⁵ (p. 1) é uma ótima reflexão sobre a formação em saúde: “pensar a educação a partir do par experiência/sentido”.

O que nos move e nos dá sentido de vida? Pergunta que move o homem diante do mundo e das suas próprias vivências, que determinam as nossas singularidades.

Bondía⁵ (p. 8) nos apresenta o pensamento de que “o acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular; e de alguma maneira impossível de ser repetida”; é, portanto, possível compreender que “a experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida”.

Ceccim¹⁰ (p. 4), ao falar sobre o mundo dos sujeitos, lembra-nos que “também produzimos nossos entornos e nossos lugares de estar, produzimos mundo. O mundo não é algo que está dado, é algo que resulta de nossa produção”.

O si mesmo se realiza no encontro, tornando-se movimento que vai do eu (em si mesmo) para o outro. Isto se evidencia quando Merleau-Ponty nos diz que é a partir do contato com o outro que o *puro si mesmo* se realiza. E a humanidade não se apresenta como somatório de indivíduos e, nem mesmo, a possibilidade de se tornar um único ser. A humanidade não é, da mesma maneira, um ser único que incorpora todo o resto. E o mundo se modifica a partir dos encontros.

Isto nos remete à dimensão da prática em saúde e ao lugar que a pesquisa ocupa no campo da saúde – “é preciso saber dos homens por eles mesmos, é preciso dar lugar às subjetividades, às criações e inovações do humano e às subjetividades, que revelam a possibilidade de produção singular de significados e sentidos”⁷ (p.33-34).

Ceccim¹⁰ (p. 21) apresenta a relação do sujeito com a equipe de saúde para além das práticas clínico-institucionais e se aproximando da educação médica:

A Educação Permanente em Saúde são os cotidianos vivos ou as realidades vividas que colocam questões à educação. Aquilo que temos a ofertar faz sentido na medida em que produz dobra, encontro ou singularização com aquilo que pertence às pessoas. A dobra é dos dois lados. Um lado se permeabiliza pelas noções do outro, e o outro se permeabiliza pelas noções que são compartilhadas com o ensino.

Compreendemos, a partir da escuta, que se afinam as várias formas de comunicação – “produzir-se na singularidade do coletivo, no cuidar do outro, agimos no entre nós”¹¹ (p. 320).

Recorremos a Merhy¹ para identificar o processo de formação em saúde com quatro possibilidades: formação como experimentação (experiência e sentido do que foi vivido); formação como um movimento do produzir-se (o que nos move para viver); formação como território do trabalho vivo (território é além do campo geográfico, é múltiplo e até existencial); e formação como criação (a criatividade na intenção de sujeito inteiro e particular).

Todo este percurso exige capacitação e disponibilidade do profissional de saúde.

Acreditamos que cuidar já é um ato de disponibilizar-se ao outro, de se afetar pelo sofrimento do outro, ao passo que a capacitação profissional exige, das ciências médicas, uma nova forma de se pensar o sujeito. Já seguimos há tempo este percurso da humanização do Cuidado em saúde; enfatizamos, no entanto, que precisamos “buscar a potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais)⁸ (p. 240).

A fenomenologia tem se aproximado cada vez mais das práticas em saúde porque vê o homem como sujeito de sua própria história; o homem é capaz de escolher e de viver uma vida livre. É sujeito social e histórico, sendo parte do mundo de possibilidades. Com isso, influencia o mundo do mesmo modo que é influenciado por este.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Linguagem, palavra e corpo estão presentes em todos os campos dos saberes modernos e conversam com as várias profissões da saúde no seio de uma experiência de partilha de presenças que nunca se conclui ou se fecha diante do devir de nossas existências, seja no que se refere à demanda de atualização de nossos sentidos e de nossa situação mundana, seja no que tange aos apelos de cuidado, perante cada um de nós.

Sob esta ótica, a comunicação é a base para o Cuidado, e esse contato entre sujeito e produtores de cuidado se torna delicado, pois é a partir dele que o caminho do cuidado acontecerá ou não.

O pano de fundo do Cuidado em saúde é a relação Eu–Outro. E a abordagem de Merleau-Ponty vai nos dizer que o outro nos revela quem nós somos. O homem se observa enquanto homem a partir do corpo de outrem. Para essa relação, o campo da linguagem é um tema-chave, visto que produz sentido. A linguagem é a potência significadora das relações em equipes de saúde, sendo a comunicação a base de todas as relações.

Ser sujeito é ser sujeito da experiência; sujeitos são diálogos e são constantemente afetados pelo mundo no mesmo instante em que o mundo também os afeta.

A experiência acontece de maneira única, já que não repetimos um acontecimento ocorrido com a mesma emoção que sentimos da primeira vez.

A experiência é um encontro, ela passa por nós, ela marca cada homem de maneira particular. O sentido habita a palavra. Palavra é comunicação e possibilita o encontro – encontro que pode ser terapêutico uma vez que produtores de cuidados e sujeitos se lancem às possibilidades de Cuidado.

Neste sentido, a abordagem fenomenológica no contexto das demandas do cuidado em saúde nos sensibiliza para o fato de que temos que nos abrir ao horizonte intersubjetivo a partir do qual sujeito e equipe se interconstituem através da experiência de um encontro no qual a percepção dos sentidos dele emergentes não pode ser reduzida aos preenchimentos quantitativos de protocolos e de prontuários, nem apenas a certas configurações diagnósticas e terapêuticas.

De tal forma, relevar a linguagem, emergente da experiência do contato na relação eu–outro, tem um sentido de inclusão pedagógica dos elementos subjetivos – referentes aos gestos, olhares e sentidos – compartilhados na experiência do encontro terapêutico. Como também possui um viés político, porque não reduz o sujeito de cuidado a um mero ponto de apoio de cravamento de procedimentos, técnicas e prescrições preestabelecidas.

Deve-se propiciar que a educação médica seja um processo no qual ciência e sentido se articulem, numa pressuposição recíproca, na medida em que equipe e sujeito se constituem através do reconhecimento de que todos nós somos sujeitos da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface* 2014; 18(49):313-24.
2. Anéas TV, Ayres JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface* 2011; 15(38):651-62.
3. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3):16-29.
4. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva* 2007; 17(1):43-62.
5. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação* 2002; 19:1-11.
6. Carel H. Phenomenology and its application in medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2011; 32(1):33-46.
7. Castro e Silva CR, Mendes R, Nakamura E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. *Saúde Soc* 2012; 21(1):32-41.

8. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab.Educ.Saúde* 2008; 6(3):443-56.
9. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.
10. Ceccim RB. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. In: Lobosque AM, org. *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESPMG; 2010. p.1-24.
11. Chauí M. *Experiência do pensamento: Ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
12. Critelli DM. *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Brasiliense; 2007.
13. Merleau-Ponty M. *A prosa do mundo*. São Paulo: Cosac Naify; 2012.
14. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
15. Merleau-Ponty M. *O olho e o espírito*. São Paulo: Cosac Naify; 2004.
16. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética* 2002; 10(2):73-88.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Sérgio Marques Jabur: Pesquisador do Laboratório de Pesquisa Social, o presente artigo é fruto da dissertação de mestrado do autor.

Fernando de Almeida Silveira: Professor e Orientador da presente pesquisa e Coordenador do Laboratório de Pesquisa Social.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sérgio Marques Jabur
Laboratório de Pesquisa Social
Av. Ana Costa, 95
Vila Mathias – Santos
CEP 11060-001 – SP
E-mail: sergio.jabur@yahoo.com.br