

Saúde, Autonomia e Trabalho

[*Health, autonomy and work*]

Paulo de Oliveira Perna*

Resumo: *A visão do processo saúde/doença é construída culturalmente na história dos povos e, no ocidente, em particular, impôs padrões de assistência que não atendem à resolatividade de grande parte do males que afligem a população. A compreensão da racionalidade subjacente a esta visão é importante quando se busca sua superação. Neste sentido, ela se torna uma tarefa essencial para os profissionais de saúde. Assim, este artigo reflete sobre o fato de que a autonomia dos indivíduos com relação à sua própria saúde tem sido prejudicada pelas práticas sanitárias oficiais; mostra, ainda, como estas mesmas práticas deixam de considerar outro importante aspecto da vida das pessoas: o processo de trabalho a que cada um está particularmente ligado e onde sofre grande parte do desgaste de sua saúde.*

Palavras-chave: *Processo saúde-doença; saúde; trabalho.*

Não será esta a primeira vez que se pondera sobre o paradoxal sentido encontrado em expressões tão corriqueiras em nosso meio - "área da saúde", "profissionais da saúde", "casa de saúde" - que, designando espaços e agentes envolvidos preponderantemente com a **doença**, se adjetivam como atividades de saúde. Esta questão não mereceria maiores considerações caso pudesse ser feita uma analogia entre o processo e formação profissional e o processo fotográfico; neste último, o uso correto do "negativo" permite a obtenção de uma imagem positiva com perfeita definição de cores e detalhes. Se, pelo domínio da prática clínica, pelo conhecimento detalhado da natureza dos processos biológicos do corpo humano, pelo aprendizado criterioso do uso dos recursos tecnológicos disponíveis para combater e controlar as enfermidades fosse possível aos profissionais da "saúde" inferir quais as práticas, orientações e informações que melhor auxiliariam os indivíduos a garantir ou conservar sua saúde, estas ponderações não teriam sentido. O que se verifica, hoje, no entanto, é exatamente o oposto desta expectativa! Com uma formação de enfoque essencialmente biologicista, os recursos humanos preparados para atuar em nossos serviços de "saúde" circunscrevem suas ações assistências dentro de um universo reducionista; são técnicos capazes de trabalhar com organismos já debilitados e adoecidos. Está claro que profissionais com tal "performance" estariam melhor designados - e de forma mais honesta - como "profissionais da doença"!

* Professor de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

Para que estes recursos humanos pudessem estar aptos a trabalhar com a saúde, ou com a cura, seria necessária uma reinterpretação de suas práticas, com a adoção de um paradigma que explicasse o ser humano em todas as suas dimensões existenciais, resumidas por nós neste texto nas dimensões básicas: física, psicológica e social.

*Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos, que se manifestam pelo bom ou mau funcionamento de um órgão mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão **sócio-cultural, coletiva, e outra, psicobiológica, individual** que não deveriam ser dicotomizadas." (Vaistman, 1992, p. 157-158).*

Desconstruindo uma Visão de Saúde

A expressão "assistência à saúde" nos reporta imediatamente à ideia de práticas assistenciais onde o "**quê fazer**" e o "**como fazer**" estão orientados segundo uma compreensão de mundo bastante particular de quem as executa. As pesquisas sobre a longa história do cuidado humano, incluída aí toda a história da prática médica e de enfermagem, permitem determinar com clareza as práticas de saúde e o contexto sócio-histórico-cultural onde estas nasceram e se legitimaram como tais.

É assim, por exemplo, que apontamos as práticas médico-míticas de antigas épocas, quando o homem mantinha uma relação estreita com divindades e outras ordens cósmicas. Num mundo assim compreendido, os rituais de orações e cultos coletivos se mesclavam com o uso de infusões, de massagens e de práticas corporais acumuladas ao longo de uma relação empírica do homem com a natureza. Dessa amálgama nasceram unidades terapêuticas bastante eficazes para as necessidades e aspirações da época. Esta relação do homem com o divino veio a se modificar radicalmente quando o conhecimento prático do mundo circundante levou o ser humano a um inexorável desvelamento da realidade. No século XVI, com a formulação do pensamento científico, de bases cartesiana e newtoniana, as relações do homem (de início, o homem ocidental) com o mundo e consigo mesmo mergulharam num pragmatismo mecanicista auto-explicativo.

Com o exílio permanente dos deuses e "forças ocultas", acompanhado então de um desprezo pelas manifestações humanas consideradas anti-científicas porque inimigas da razão - as emoções, as sensações, as intuições, as esperanças, as paixões, os

sentimentos pela arte, pela magia e pela religiosidade, a confiança, a fé - o homem esquadrinhou seu corpo físico com obstinação, e com o uso desta razão instrumental chegou até ao DNA para encontrar as causas de doenças. E é basicamente com a acumulação deste conhecimento (científico) que o homem contemporâneo tem construído sua cultura sanitária e, dentro dela, engendrado todas as explicações para o fenômeno saúde/doença. Esta racionalidade - a da causalidade médica - há muito transpôs o mundo ocidental e hoje mantém inevitáveis fronteiras de contato com outras racionalidades médicas - as culturas chinesa e indiana, por exemplo, e a homeopatia, bem mais próxima de nós - onde se tem observado muito mais um conflito de competências do que uma prática de complementaridade. Esta racionalidade mantém um sólido enraizamento em nossos dias, garantida por uma permanente avalanche de novas informações científicas veiculadas pela mídia, instantânea e mundial, encarregada igualmente de apregoar a eficácia e eficiência desta racionalidade. Seu "locus" de reprodução, por excelência, têm sido as instituições universitárias.

O sonho de um planeta conquistado e organizado unicamente pela inteligência do homem, porém, está cada vez mais distante! As grandes contradições presentes na vida do mundo contemporâneo têm levado a um irrecusável posicionamento crítico diante das formulações científicas e suas promessas. Foram praticamente solapadas as esperanças de se garantir um mundo mais harmonioso e capaz de viver em paz, com a minimização da miséria e da dor, com a recuperação de espécies vegetais e animais à beira da extinção definitiva, com o acesso de todos à inebriante riqueza produzida pelo conjunto dos humanos e com a possibilidade do homem - libertado do trabalho alienante - dedicar-se livremente ao seu auto-conhecimento.

Retornando ao campo teórico da saúde, conceitos como os formulados pela Organização Mundial da Saúde¹ e por Leavell-Clark (1976)² passaram a incluir a **dimensão social** como causa das doenças. O problema da determinação social das doenças, porém, estava insuficientemente colocado. Em nosso país, no entanto, em anos mais recentes, o Movimento pela Reforma Sanitária (década de 80) conseguiu formular um aprofundamento crítico da temática, e novos conceitos

vieram esclarecer as relações entre as condições de vida - econômicas, sociais, culturais - e o processo saúde/doença, relações estas que o conceito de Leavell-Clark e da OMS não foram capazes de esclarecer. Para resgatar a histórica contribuição da Reforma Sanitária Brasileira, lembremos a formulação contida no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1987: p. 28)

"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida".

De forma similar também se expressou Jorge (1981: p. 28)

*"Quando tendemos a encarar os serviços de saúde como serviços independentes de qualquer ideologia, como serviços **meramente técnicos, apolíticos, frutos de uma 'ciência acima de qualquer suspeita'**; quando analisamos os serviços de saúde isolados do contexto histórico e do desenvolvimento econômico atingido por uma determinada sociedade, perdemos a possibilidade de incorporar à nossa prática a riqueza dessa movimentação contínua da Humanidade na direção de seu futuro, de seu progresso e de sua possível felicidade. Querendo ou não, reconhecendo ou não, em última instância, é o **econômico e o político** que determinam nossas ações de profissionais da saúde. Que estabelecem as fronteiras e os limites das nossas ações profissionais. Que impulsionam a produção de novos conhecimentos científicos e incorporam estes conhecimentos à prática diária da vida".*

Com justa e oportuna veemência uma considerável produção literária, em nosso país (Arouca, 1975; Donnangelo e Pereira, 1976; Teixeira, 1985; Minayo, 1986) reafirmou as dimensões políticas e econômicas na gênese do fenômeno saúde/doença, denunciando as condições de vida infra-humanas a que estavam submetidos parcelas importantes da população, e exigindo modificações estruturais dentro do Estado brasileiro, capazes de reverter este quadro. Tais posições, obviamente, se identificavam com a ideologia da esquerda brasileira, e foram responsáveis, ao lado de outros atores

¹ Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (Rouquavrol. 1992, p.21). Conceito criticado pela forma idealista como propõe a concepção de saúde, como por exemplo a falta de critérios para definir o que seja "completo bem-estar": propõe algo irreal.

² Conceito conhecido como "história natural da doença"; criticado por ser um modelo cuja interpretação pode derivar para a proposição de medidas de caráter biológico-ecológico. sem a preocupação de mudanças estruturais que venham a viabilizar o equilíbrio entre hospedeiro (homem), agente patogênico e meio-ambiente (Breilh, 1986, p.112). Por esta razão é também chamado de "modelo ecológico".

sociais - movimentos populares, partidos políticos, grupos de igrejas - pela legitimidade das lutas sanitárias. A Constituição formulada em 1988 e as leis subsequentes³ que regulamentaram o setor saúde mostram, na prática, o reconhecimento legal de direitos sociais, talvez como em nenhum outro setor tenha ocorrido (vide as necessidades de reformas na educação, questão agrária, reformas tributárias, etc).

Tudo isto significou, sem dúvidas, um salto de qualidade na reflexão sobre a natureza do processo saúde/doença, embora na prática social muito ainda tenha que ser efetivamente construído, ou até mesmo reconquistado. A lógica interna do sistema capitalista tal como vigora em nosso país, realimentada atualmente pelos postulados neoliberais, se alimenta da exploração da doença e da miséria - negada em cada sílaba dos discursos oficiais - e é por isso, e não por outras razões, que as enfermidades e agravos sempre encontram condições propícias para se reproduzirem em nosso território. Neste ponto caberia adiantar, ainda que sumariamente, algo sobre a lógica intrínseca à prática sanitária oficial, no sentido de apontar como ela acaba por se colocar à disposição, tornando-se muitas vezes um "braço forte", do crescimento do capital. Uma compreensão mecanicista do fenômeno saúde/doença que busca as soluções na utilização maciça de técnicas médicas - equipamentos, exames complementares, medicamentos - é um dos expedientes mais eficazes de reprodução do sistema, uma vez que tais intervenções apenas tangenciam os problemas de origem dos agravos: a exploração, a opressão, a alienação, a fome e a violência que consomem a vida do brasileiro. O trabalho como meio de realização e libertação do homem é, para nossa sociedade, uma completa irrealidade.

"Marx não antevia que, ao criar as condições para promover a liberação da humanidade, o desenvolvimento ilimitado da técnica e da produtividade do trabalho humano acabaria se constituindo ao mesmo tempo num instrumento de legitimação de novas relações de exploração e desigualdade." (Vaistman, 1992, p.158)

A Onipotência do Social e a Autonomia para a Saúde

O reconhecimento de que as relações econômicas e políticas são determinantes do quadro sanitário de uma sociedade levou, por sua vez, a uma outra anomalia em relação às práticas sanitárias, e que consistiria naquilo que tem sido denominado por alguns de "onipotência do social". Se trataria de garantir, via as

políticas sociais, que determinadas visões hegemônicas da vida - configurando determinadas práticas sociais, neste caso as de cuidados de saúde - sejam adotadas por todos e legitimadas como as únicas eficazes. Esta situação foi caracterizada de maneira bastante clara por Dâmaso (1992:216)

*"Uma das maiores dificuldades afetas à eficácia das políticas sociais de saúde reside no fato de que elas buscam - devido à natureza mesma de suas metodologias - **exercer controles externos** (decisórios, institucionais, administrativos, técnicos, clínicos) sobre os determinantes estruturais e -através da prática médica - sobre as acusações morfogênicas e psicogênicas das doenças".*

E continua:

*"Tais controles, porém, sempre se efetuam às expensas da **perda absoluta de autonomia e de autocontrole dos indivíduos, das comunidades e das populações sobre os condicionantes vitais de suas próprias doenças** (grifo nosso), quer se trate de fisiopatologias, de psicopatologias ou de patologias sociais como a violência destrutiva, o extermínio e o genocídio".*

Como consequência deste fato temos então que, prisioneiro de metodologias institucionalizadas de assistência à saúde, o cidadão se vê expropriado da capacidade de exercitar qualquer comportamento autônomo em relação à sua própria saúde. Nesta linha, Dâmaso complementa :

*"Hábitos cotidianos e independentemente automanipuláveis, como a alimentação, o movimento, a respiração, a atividade mental, a convivência humana **foram impiedosamente expropriados às populações** e passaram à alçada de sistemas hetero-organizadores especializados, que vendem a alto preço recursos duvidosos, sobre os quais ninguém detém o menor controle quantitativo e qualitativo". (p.217)*

Para o sistema o cidadão é uma ilha cercada de regras por todos os lados: regras de como pensar, de como comer, de como fazer sexo, de como amar, de como caminhar, de como manter a forma, de como se defender, de como ter sucesso e, pasmemos, até de como ser feliz!

Esta verdadeira "dissolução" heterônoma do homem se dá, a nosso ver, pela perda irreversível das referências culturais autóctones, com a destruição de vínculos de homens com homens e destes com a natureza circundante. Tentemos visualizar algumas situações.

³ Constituição Federal I Artigo 196º ao artigo 200º): Lei nº 8080. de 19/09/90. conhecida como Lei Orgânica da Saúde e Lei nº 8142. de 29/12 90.

Que fizeram com as práticas rituais do parto? Em nome da assepsia e da segurança do ato baniram as parteiras, as curiosas, as boas companheiras que, mais do que ninguém, sabiam como estar presentes numa ocasião como esta; afinal, antes de ser ofício era também parte de sua experiência pessoal como mulher. Onde encontrar melhor afinidade? Pois bem, hoje o parto caseiro é visto como ato primitivo, reservado para quem não consegue escapar das brutalidades da pobreza e da exclusão. Em compensação, dados recentes do Ministério da Saúde afirmam que a taxa média de cirurgias cesáreas nas internações financiadas pelo SUS, em 1994 (estimadas em 80% do total), foi de 32,4% (Brasil, M.S., 1995). Este percentual é o **mais alto do mundo**, conforme trabalho do Banco Mundial intitulado "Brasil: saúde reprodutiva da mulher" (Brasil, M.S., 1995). Na maioria dos países as cesáreas representam entre 10 e 20% de partos.

Saudosamente podemos ainda lembrar dos tempos em que o médico não era apenas o terapeuta de indivíduos isolados, mas mantinha relação com todo o núcleo familiar, respaldado, frequentemente, por um vínculo comunitário bem maior. Havia entre médico e paciente uma base afetiva e relacional terapêutica em si mesma, capaz de ativar nos indivíduos adoecidos suas próprias reservas "curativas", na medida em que, antes de tudo, eram resgatadas a auto-estima e a autoconfiança pessoais, abaladas no decurso da vida. Havia outros laços igualmente terapêuticos, como o da solidariedade expressa popularmente na expressão "de médico e de louco todos temos um pouco". Por ocasião de uma enfermidade se inaugurava um período de franca aproximação interpessoal - a doença provoca aberturas -mostrada na prática pelas visitas, pelas receitas caseiras, pelas simpatias, pelos palpites, pelo carinho e pelo respeito ao estado do doente. Para muitos, ficar doente era a oportunidade de descansar no próprio leito, com a expectativa de uma dieta caseira modificada, mas não menos saborosa, longe dos regimes dietéticos insípidos e inodoros tão conhecidos em grande parte dos ambientes hospitalares. Havia uma relação respeitosa com as plantas e com as cadências da natureza. Havia até influências da lua! Tudo isto se foi!

*"Na realidade atual qualquer atividade que imaginemos está relacionada com a competência profissional, com o condicionamento generalizado aos sistemas que oferecem resposta profissional comercializada a todo e qualquer tipo de problema. Ninguém tem mais condições de **autoproteção**. Responsável agora é aquele que entrega a própria responsabilidade ao outro por um certo preço". (Dâmaso, 1992, p.217)*

Trabalho e Saúde

Ao lado da categoria **autonomia** achamos necessário, ainda, incluir um outra categoria de análise do processo saúde/doença, que é a categoria do **trabalho**. Vem a ser escandalosa a forma com que deixamos nós, profissionais de saúde, de relacionar nossos estados enfermos e os de nossos clientes com os processos de trabalho a que estamos todos submetidos. O trabalho é o meio pelo qual produzimos nossa vida em sociedade, e os processos pelos quais o realizamos constituem-se, de certa forma, nos processos com que vamos construindo nossas próprias vidas. Rotinização, automatização, criatividade ou liberdade com relação ao processo do trabalho que produzimos deixam reflexos diretos em nós próprios. O trabalho é elemento fundamental para a saúde, embora especulações etimológicas do termo indiquem que a origem estaria em **tripalium**, um instrumento de tortura, conotando assim a ideia de sofrimento, tortura, dor. Porém, o não-trabalho, da mesma forma, é igualmente perigoso para a saúde. Está profundamente equivocada qualquer afirmação no sentido de dizer que o ideal do homem moderno é a ociosidade. A problemática não é o trabalho em si, mas sim "**qual o trabalho?**". Em outras palavras, a questão que está colocada é a da **organização do trabalho**. (Dejours, 1986).

*"As organizações do trabalho perigosas são as que atacam o funcionamento mental, ou seja, o **desejo do trabalhador**. Quando se ataca o desejo do trabalhador (...) provoca-se não somente perturbações, mas também sofrimentos e, eventualmente, **doenças mentais e físicas** (...). Quando o trabalho é livremente escolhido e quando sua organização é bastante flexível para que o trabalhador possa adaptá-la a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu estado de espírito (...) a atividade laboral é um terreno privilegiado para que o trabalhador concretize suas aspirações, suas ideias, seus desejos. (Dejours, 1986, p.10)*

Este mesmo autor sinaliza, com bastante propriedade, quais as relações entre organização do trabalho e aquelas dimensões fundamentais do existir saudável: o bem-estar físico, o bem-estar psíquico e o bem-estar social:

*"- **bem-estar físico** advém da liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo: liberdade de dar ao corpo a possibilidade de repousar, liberdade de lhe dar de comer quando tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, liberdade de adaptação;*

- **bem-estar psíquico** é, simplesmente, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização do trabalho;

- **bem-estar social** que é a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si." (Dejours, 1986, p.11)

Mudança de Paradigma e Assistência à Saúde

Com frequência cada vez maior temos visto crescer entre nós (profissionais da saúde) o número dos descontentes com sua própria prática profissional. Os paradoxos do cotidiano, abundantes em nosso meio para os que desenvolveram a capacidade ética de considerá-los, fazem-na passar constantemente pelo crivo da autocrítica. Esta constatação, por sua vez, remete inevitavelmente a um olhar também crítico sobre o processo de formação universitária, como o fez Botelho (1991: 71-72)

"Os profissionais da saúde sofrem pesada carga em consequência da metodologia empregada nas suas formações profissionais e acabam tendo dupla consciência e sinceridade de propósitos. Sabem das condições inaceitáveis em que vive a maior parte da população brasileira e que as pontes de safena feitas em doentes escolhidos, são utilizadas, em grande parte, como estratégia para concentração de poder em algumas pessoas e instituições, sem qualquer interferência modificadora na saúde pública".

Outros autores também advertem para os desvios de rota do processo de formação acadêmica, nos moldes em que tem se dado. Para Garrafa (1982: p.124)

"A Universidade, tida historicamente como instituição de livre pensamento, vem sofrendo uma progressiva descaracterização do seu papel social, uma vez que tem sido, frequentemente, cerceada na sua autonomia pelos sistemas de governo dos países, os quais dela se utilizam para atendimento de necessidades específicas e bem caracterizadas. (...) Cria-se, então, uma mão-de-obra especializada que irá suprir necessidades artificiais, geradas unicamente para atender a leis de mercado." (p. 124)

E ainda Buarque (1994, p 45-46)

"De todas as mudanças que hoje ocorrem no mundo, nenhuma talvez incomode mais a comunidade universitária do que a descoberta, nos últimos anos, de que ela está isolada do povo. Tem interesses

diferentes, e mesmo conflitantes, daqueles da maioria da população de seus países. (...) Isso é mais claro dentro de universidades, onde, em nome da autonomia interna, os currículos ficam congelados a serviço da minoria privilegiada."

Desde o início deste ensaio temos focalizado nossa reflexão naquilo que consideramos de importância angular para o tema da **assistência à saúde**.

O compromisso de desvelar e revelar as relações entre **trabalho e saúde** é considerado por nós como um desafio inevitável para os profissionais da "saúde". É o seu próprio trabalho. Da mesma forma, temos postulado que a nossa prática assistencial não poderá ter outro alvo que não seja antes o de promover a autonomia dos indivíduos com respeito a sua saúde.

Sabemos que mudanças nesta direção pressupõem esforço titânico, investido na tentativa de desconstruir e/ou relativizar modelos explicativos introjetados indelevelmente em nossa formação, notadamente pela instrução acadêmica.

É possível encontrar na produção literária dos últimos anos a emergência de novas concepções filosóficas, produtos do movimento dialético entre o homem e a história do mundo - homem que faz e é feito pela história. Kuhn (1978), Luz (1988), Capra (1990), Gomes (1994), Santos (1995) formulam, entre tantos outros, o que seria a emergência de um novo **paradigma**, uma nova visão de mundo ainda em gestação e que buscaria superar as limitações e contradições de nossas práticas sócias vigentes. Nestas reflexões, a crítica ao modelo racionalista-científico está sempre presente: e ainda mais; mostra que tem sido de dentro da própria ciência físico-química, por mais paradoxal que possa parecer, que têm-se originado as teorias influenciadoras na redefinição de paradigmas. Assim temos, por exemplo, citadas por Santos (1995), a teoria das estruturas dissipativas, de Prigogine; a teoria sinérgica, de Haken; o conceito de hiperciclo e a teoria da origem da vida, de Eigen; o conceito de autopoieses, de Maturana e Varela; a teoria das catástrofes, de Thom; a teoria da evolução, de Jantsch; a teoria da "ordem implicada", de David Bohm e a teoria da matriz-S de Geoffrey Chew.

A abordagem mais detalhada das diversas visões paradigmáticas propostas atualmente demandaria um trabalho bastante exaustivo e para o qual ainda precisaríamos dedicar muito tempo de pesquisa e estudos. Não estaria este propósito, de qualquer forma, dentro do objetivo destas páginas. Nossa intenção é a de tão somente pontuar, com muita brevidade, alguns dos princípios implicados na construção de novos paradigmas. Para tanto, nos valem das ideias de Boaventura de Souza Santos,(1995,p.37) resumidas basicamente em quatro teses requeridas para a formulação do que o próprio autor denomina de "*paradigma de um*

conhecimento prudente para uma vida decente". Neste paradigma:

"- TODO CONHECIMENTO CIENTÍFICO-NATURAL É CIENTÍFICO SOCIAL: o conhecimento do paradigma emergente tende assim a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/ inanimado, mente/matéria, observador/ observado, subjetivo/ objetivo, coletivo/ individual, animal/pessoa. (...) A concepção humanística das ciências sociais enquanto agente catalisador da progressiva fusão das ciências naturais e ciências sociais coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, mas, ao contrário das humanidades tradicionais, coloca o que hoje designamos por natureza no centro da pessoa, (p.39-44)

- TODO CONHECIMENTO É LOCAL E TOTAL: é hoje reconhecido que a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado e que isso acarreta efeitos negativos (...) mas as medidas propostas para os corrigir acabam em geral por os reproduzir sob outra forma. Criam-se novas disciplinas para resolver os problemas produzidos pelas antigas e por essa reproduz-se o mesmo modelo de cientificidade. (...) No paradigma emergente o conhecimento é total, tem como horizonte a totalidade universal. (...) É um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da ação projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento deste tipo é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica. (p.46-48)

- TODO O CONHECIMENTO É AUTO-CONHECIMENTO: no paradigma emergente, o caráter autobiográfico e auto-referenciável da ciência é plenamente assumido. A ciência moderna legou-nos um conhecimento funcional do mundo que alargou extraordinariamente as nossas perspectivas de sobrevivência. Hoje não se trata tanto de sobreviver como de saber viver. Para isso é necessária uma outra forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos. (p.53)

- TODO CONHECIMENTO CIENTÍFICO VISA CONSTITUIR-SE EM SENSO COMUM: a ciência pós-moderna sabe que nenhuma forma de conhecimento é, em si mesma, racional; só a configuração de todas elas é racional. Tenta, pois,

dialogar com outras formas de conhecimento deixando-se penetrar por elas. A mais importante de todas é o conhecimento do senso comum, o conhecimento vulgar e prático com que no cotidiano orientamos as nossas ações e damos sentido à nossa vida. (...) Deixado a si mesmo, o senso comum é conservador e pode legitimar prepotências, mas interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade. Uma racionalidade feita de racionalidades." (Santos, 1995, p. 55-56)

É urgente que possamos formular de maneira bastante clara o que significa a adoção de novos conceitos, valores e percepções no campo das práticas de saúde. Este trabalho deve ser dar, por excelência, dentro das universidades. Há que se mudar o ambiente em que "o surgimento de núcleos de estudos de áreas alternativas, em vez de elemento de criatividade e renovação para o momento, é visto como esoterismo inconsequente, com ameaça à boa imagem da seriedade da instituição." (Buarque, 1994, p.37). A Universidade é o espaço destinado para o exercício do pensamento com vistas a propor novos comportamentos.

Diante do exposto podemos vislumbrar a magnitude da tarefa a ser desempenhada por todos nós.

Somente a partir de uma prática reflexiva insistente e permanente é que surgirá uma nova "praxis" no assistir à saúde, mais efetiva e mais eficaz porque mais compatível com a natureza humana, deixando de lado o enfoque privilegiado da doença tal como tem sido adotado em nossos dias. Trata-se, de fato, de adotar um novo paradigma para compreender o fato da saúde. No dizer de Vasconi (1994, p.32), a saúde deve passar a ser encarada e respeitada como um **projeto** existencial. Nesta perspectiva, a saúde "consiste em existir dentro de um projeto saudável consigo mesmo, com o mundo físico e com os outros". A nossa existência saudável, neste modo de ver, não poderá ser entendida apenas como o fato de apresentarmos ou não sintomas físicos e um determinado bem-estar psíquico, mas compreendida dentro das relações que construímos ou deixamos de construir conosco mesmo (autoconsciência), com o mundo material (a natureza) e com os outros que nos cercam. "Qualquer fato se converte em doença quando paralisa o movimento da existência para o futuro, para a vontade de ser." (Vasconi, 1994, p.33). Como consequência imediata deste fato, temos que concordar com Dejours (1986, p.11) quando diz que "a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original".

Nossa competência deverá ser construída para estes propósitos: **auxiliar o outro a restabelecer a harmonia do dinamismo da vida, ajudar o outro na construção de seu projeto original de vida.**

Com estes pensamentos concluímos nossa reflexão sobre o assistir à saúde.

A confiança na autonomia do homem - sua maior glória como criatura - e na sua capacidade criativa de trabalho deverão ser critérios básicos com os quais tentaremos executar nossas práticas profissionais, se quisermos honestamente nos autodenominar "profissionais da saúde".

Abstract: *The vision of the illness/health process is culturally constructed in the history of people and, in the West, particularly, it imposed caring patterns that do not solve most of the evils that afflict people. It's important to understand the rationality underlying such vision when we look for it's overcoming. In this sense it becomes an essential task to the health professionals. So, the article points to the extent how the autonomy of the individuals in relation to their own health has been harmed by the official health caring practices. It shows also how these same practices do not consider another important aspect of people's lives: the process of labor, to which everyone is particularly engaged and where he suffers, in great measure, the loss of his health*

Key Words: *health disease process; saúde; work*

Referências Bibliográficas

- 1- AROUCA, AS. **O dilema preventivista** : contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Assistência à saúde prestada pelo SUS em 1994** : partos hospitalares. Brasília Coordenação de Informações em Saúde. 1995.
- 3- BREILH, Jaime. **Epidemiologia** : economia, política e saúde. São Paulo : Editora UNESP/HUCITEC, 1991.
- 4- BUARQUE. Cristóvam. **A aventura da universidade** São Paulo : Editora da Universidade Estadual Paulista , Rio de Janeiro : Paz e Terra. 1994.
- 5- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo : Cultrix, 1992.
- 6- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília : Ministério da Saúde, 1987.
- 7- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Sistema único de saúde**. 3. ed. Porto Alegre. 1992. Publicações técnicas, n.2.
- 8- DÂMASO, Romualdo. Saúde e autonomia : para uma política de vida. In: **Saúde coletiva? questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro : Relume/Dumará, 1992.
- 9- DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 14, n. 54, abr./jun. 1986.
- 10-DONNANGELO, M.C F. e PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo : Duas Cidades, 1976.
- 11-GARRAFA, Volnei. **Contra o monopólio da saúde**. Rio de Janeiro : Achiamé. 1982.
- 12-GOMES, Roberto. Pensar a questão ecológica : limites. **Revista Ciência & Ambiente**. Santa Maria : UFSM, v. 1, n. 9, jul./dez. 1994.
- 13-JORGE, M. L. Subsídios para uma análise histórica do setor saúde no Brasil. **Cadernos de Estudo UNIMEP**, Piracicaba, dez. 1981.
- 14-KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. 2. ed.. São Paulo : Perspectiva, 1978.
- 15-LEAVELL, H.; CLARK. E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo : MacGraw Hill do Brasil/MEC, 1976.
- 16-LUZ, Madel T. **Natural, racional, social** : razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro : Campus. 1988.
- 17-MINAYO. Maria Cecília de S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. 3 ed. Rio de Janeiro : FASE/ Espaço e Tempo, 1986.
- 18-ROUQUAYROL. Maria Zélia. **Epidemiologia e saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 1992.
- 19-TEIXEIRA, S.M.F. **As ciências sociais em saúde no Brasil**. OPS, 1985.
- 20-VAISTMAN, Jeni. Saúde, cultura e necessidades. In: **Saúde Coletiva? questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro : Relume/Dumará, 1992.
- 21-VASCONI, Ruben. **La salud como problema existencial**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1., 1994, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : SEFES, 1995. Edição organizada da obra A saúde como

desafio ético por Gustavo A. Caponi et al. Florianópolis
: SEFES, 1995.

Paulo Perna
Dept° Enfermagem- UFPR
Pe Camargo 280, 8o andar, Tel 041-2642011-43
Alto da Glória Curitiba PR