

ENTREVISTA COM JOSÉ RICARDO AYRES

Para esta edição da *Revista do Centro de Pesquisa e Formação*, tivemos a oportunidade de conversar com José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, médico sanitарista e professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Durante toda a sua carreira, desenvolveu um importante trabalho acadêmico na área da saúde coletiva, dando ênfase à atenção primária e às humanidades em saúde, além de contribuir para uma reflexão sobre o conceito de saúde.

CPF: Gostaríamos de começar pensando sobre o conceito de saúde a partir das discussões que você faz em diversos trabalhos.

José Ricardo Ayres: O conceito de saúde é, ao mesmo tempo, uma coisa antiga e relativamente nova, porque, de alguma forma, se a gente for remeter a origens históricas, já havia, por exemplo, na medicina hipocrática uma certa concepção de saúde, que era a ideia de equilíbrio, um ideal geral dos gregos. A saúde então era o equilíbrio entre a mente e o corpo, entre o corpo físico, a natureza, mas o que a gente discute hoje como saúde está muito distante disso. Muita coisa aconteceu depois, e especialmente marcante nessa história foi quando as ciências médicas, de cunho moderno, começaram a se desenvolver e começaram a tratar as questões de saúde e doença na perspectiva de alterações funcionais, primeiro centralizadas no corpo, depois também na mente. Assim, há uma perspectiva de leitura de todos os processos de saúde na chave de disfunções ou alterações morfológicas. Então essa base anatômica e fisiológica, de alterações em relação a certos padrões considerados ideais ou positivos, foi orientando a ideia das práticas de saúde. A ideia de saúde foi quase sendo substituída por uma definição negativa. Quer dizer, saúde é tudo aquilo que não é doença, e doença é a disfunção ou a dismorfia de determinados órgãos ou do funcionamento do corpo. Porém, a ênfase na questão da doença começou a gerar uma certa preocupação, uma certa resistência, e, quando se começa a discutir uma lógica preventiva e de promoção da saúde, se começa a pensar: “afinal de contas, se nós temos boas definições sobre os processos patológicos, as doenças, poderíamos ter também uma boa definição para instruir práticas voltadas para a saúde, antes que aconteçam problemas de adoecimento”. A iniciativa mais relevante nessa direção foi aquela famosa definição da Organização Mundial da Saúde, de que a saúde é o perfeito estado do bem-estar físico, mental e social. Mas eu costumo brincar com meus alunos que, para isso acontecer, você precisa estar morto. Primeiro, porque essa definição foca

em um estado e não no processo, tornando a saúde um fim em si mesmo. Segundo, um perfeito bem-estar físico, mental e social é impossível. Vivenciamos desafios o tempo inteiro, nas mais diversas dimensões, tanto físicas, quanto mentais, como sociais. Então este conceito teve uma importância grande em uma certa época, porque trouxe o contraponto interessante para a ideia de saúde que estava focada só no adoecimento e trouxe uma preocupação, tanto das políticas quanto da formação das pessoas, mais com o bem-estar, porém ainda era uma definição muito pouco operacional e muito frágil do ponto de vista mais conceitual. Então se começa um debate em torno disso. Afinal de contas, o que nós podemos considerar saúde? Foi um pouco nesse debate que eu entrei, até porque se começou a tentar dar uma definição que cada vez ia se tornando mais complexa, e o que eu me questionava, e foi um pouco o debate que eu propus, é até que ponto é possível definir saúde, exceto de um ponto de vista muito abstrato. Para mim, a saúde é mais uma ideia reguladora, quer dizer, alguma coisa que o tempo todo serve de horizonte, mas que toda vez que a gente tenta, de alguma forma, dar uma definição mais fechada, a gente perde o que existe de mais rico na ideia. Então eu escrevi o texto “Uma concepção hermenêutica de saúde”, no qual discutia exatamente essa relação entre doença e saúde e dizia que, embora a gente tenda a tratar como se fossem duas faces da mesma moeda ou duas construções relacionadas a um mesmo tipo de racionalidade, na verdade, são coisas diversas. Quando eu estava falando de doença, eu estava falando com uma racionalidade objetivadora, construtora de objetos para intervenção. E quando eu estava falando de saúde, normalmente eu estava falando de uma coisa que não era um objeto, que era, sim, uma experiência existencial, alguma coisa que não se deixa apreender por uma definição única. Esses estudos nos conectam à obra do Georges Canguilhem. Esse autor traz uma ideia muito interessante no seu livro *O normal e o patológico*, no qual estuda o desenvolvimento da medicina e das ideias de normal e patológico. Escrito na década de 1940, esse trabalho vai contra a corrente predominante na época, que achava que a gente desenvolveu a fisiologia, ou seja, como era o funcionamento normal do corpo, e a partir daí a patologia. Ele disse: “se, do ponto de vista lógico, a fisiologia antecede a patologia, do ponto de vista concreto, real, a patologia precede a fisiologia”. E por quê? Porque o obstáculo experimentado fisicamente ou mentalmente, ao qual chamamos de doença, é que promove o estudo da fisiologia. A gente só começou a estudar a fisiologia porque observamos certos obstáculos, aos quais chamamos de patologias. Somente após organizamos o conhecimento de uma maneira tal que parece que a fisiologia é o normal, é o básico, a patologia é o que é alterado em relação àquilo. Então ele diz: “do ponto de vista concreto, do ponto de vista ontológico, o adoecimento vem antes da normalidade”. Um outro filósofo,

que eu também gosto muito, e fez uma excelente contribuição para o campo, pensando a hermenêutica, é o Hans-Georg Gadamer. Seu livro *O caráter oculto da saúde* é uma coletânea de ensaios que trazem ideias importantes, pois ele argumenta que até o nosso final, até a morte, a saúde está colocada, de alguma forma, mesmo convivendo com a doença. A saúde seria a nossa capacidade de reconstrução apesar dos obstáculos que temos ao longo da vida. Inspirado nesta ideia, eu propus que a saúde está ligada à nossa constante busca por projetos de felicidade. Enquanto estamos vivos, estamos procurando ser felizes. Aqui, deixando bem claro, que não é a felicidade no sentido de estarmos sempre alegres. É a ideia de estar em acordo com aquelas coisas que, de fato, movem o indivíduo, que são importantes para ele. Essa é uma ideia de busca constante. É uma ideia de um horizonte, porque você nunca chega a um estado de completa felicidade. Eu sei que não é muito simples de captar essa ideia, mas acho importante a gente ter isso claro; primeiro, para não achar que saúde é só o contrário de doença e, segundo, para a gente também não achar que, se eu estou focado na saúde, a doença não me interessa. Não. A doença é importantíssima, porque ela é o sinalizador dos obstáculos. Onde é que a gente está tendo, desde o ponto de vista pessoal até o ponto de vista social, obstáculos que nos incomodam a ponto de a gente os tornar objeto da nossa intervenção? Um ponto interessante sobre isso é o fato de que, em algumas situações de adoecimento, especialmente naquelas experiências mais radicais, de doenças muito graves, que levem à morte ou que são doenças crônicas, mas que têm implicações muito fortes, é muito frequente os pacientes dizerem assim: “eu passei a viver melhor depois da doença, porque percebi coisas, descobri valores a que eu não dava atenção, não dava importância”. O adoecimento tem esse poder de, ao ser um obstáculo, sinalizar para a gente o que está sendo obstaculizado e o que a gente acha importante rever, resgatar e, de fato, dá sentido e mostra o valor que a gente atribui às coisas... Outra coisa fundamental, quando estamos lidando com as pessoas que têm algum tipo de adoecimento, é não reduzi-las àquilo. Elas não viram aquela doença. A doença é parte delas, mas elas são muito mais. Então, trabalhar essas outras dimensões das pessoas é fundamental.

CPF: Pensando nesta discussão, como trabalhar, no campo operacional, com a ideia de saúde e promoção da saúde?

José Ricardo Ayres: Essa pergunta é importante, pois estamos vivendo na época do individualismo. É como se fosse cada um por si e, se cada um tiver liberdade para fazer o que quiser, isso vai dar certo para todo mundo, e a gente sabe que não é assim. O resgate da interconexão entre o nosso modo de vida individual, as experiências individuais e a sociedade, o

nosso viver compartilhado, é fundamental para que as coisas deem certo. Eu estou muito impactado, até por causa dessa época que a gente está vivendo, é muito difícil, muito retrocesso, muito preconceito, isso tudo que a gente está vivendo... A ideia de que não há futuro sem partilha, quer dizer, a ideia de que nós estamos em um destino comum, precisa ser resgatada. É contra a corrente, mas é fundamental. E no campo da saúde também! A gente tem procurado discutir isso trazendo um conceito relativamente recente no campo da saúde, que é o de vulnerabilidade.

Quando começou, especialmente, a epidemia de Aids, como um grande problema de saúde pública mundial, se começou com a mesma estratégia de centrar no indivíduo: “mude o seu comportamento, e a epidemia vai ser contida”, e se percebeu que não adiantava isso, porque, muitas vezes, as pessoas, mesmo que quisessem mudar o comportamento, não podiam, não conseguiam. Começamos a trabalhar com uma ideia de pensar quais são os fatores que levam as pessoas a se tornarem mais expostas a um problema de saúde e chegamos a três planos articulados. O plano individual, evidentemente, o que a gente pensa, faz, quer, mas entendido dentro de um contexto coletivo ou social, e também, como parte importante, o que os serviços e práticas de saúde fazem nessa mediação, entre a minha singularidade como indivíduo e o meio social no qual estou. Veja o que aconteceu com a própria epidemia de Aids no Brasil. Pela nossa situação social, era para estarmos com um padrão de epidemia muito ruim, mas conseguimos ter um programa que rapidamente fez uma mediação, com recursos e políticas. A sociedade civil deu uma resposta muito importante, que, infelizmente, agora está tendo retrocessos. Como repete a Professora Vera Paiva em no nosso grupo de pesquisa é: a pessoa no contexto e o contexto da pessoa. Mesmo quando você está com um indivíduo, aquele indivíduo não está sozinho no mundo. Ele é um construto de relações. Ao pensar políticas de promoção de saúde, é necessário levar isso em conta, as condições sociais e políticas nas quais as pessoas se encontram e como isso pode repercutir em termos de conteúdos e modos de fazer intervenções sobre indivíduos, e também intervenções estruturais. Isso a gente não consegue transformar de uma hora para outra, mas vai buscando base para que se tenha uma visão de saúde que não individualize, porque a saúde será sempre uma experiência vivida em coletivo. Eu acho que esse é um dos grandes desafios hoje. A vulnerabilidade a gente pensa nesses termos.

CPF: Neste sentido, a experiência cultural pode trazer inúmeros benefícios para este senso de comunidade e conseqüentemente para a saúde...

José Ricardo Ayres: Eu vou exemplificar a cultura com uma coisa bem

concreta, vou contar um caso que aconteceu comigo recentemente e que tem sido uma das experiências mais gratificantes da minha carreira de docente: eu fui procurado por um grupo de alunos que propuseram um grupo de leitura. A princípio era para ser algo pequeno, mas divulgamos, e a procura foi enorme, a ponto de eu formalizar a atividade como atividade de extensão aqui na faculdade, e estamos abrindo vagas para alunos de outros curso e inclusive para não alunos. Começaremos nosso nono ciclo de leituras, com mais ou menos setenta inscritos. O depoimento das pessoas que participam é muito interessante, porque elas falam como essa experiência modifica o modo como elas enxergam a sua prática dentro da medicina. Por que isso acontece? Eu não faço nenhuma intervenção, a não ser chegar todo dia que a gente se reúne e falar assim “como é que a leitura interpelou vocês?”. Aí cada um traz: “eu fiquei chocado com aquela passagem daquele personagem”, “mas, veja, por que ele agiu assim?”, e as pessoas vão falando e vai surgindo... uma comunidade! Com a leitura, percebemos como a perspectiva da saúde e da doença está relacionada a modos de estar no mundo, modos de andar na vida, projetos de felicidade e seus obstáculos. Eu acho que a cultura é isso, pela força envolvente do belo, daquilo que nos pega não só pela razão, mas nos pega pela emoção, nos mostra o humano, no que ele tem de bom e no que tem de ruim. Por exemplo, o personagem central do *Grande sertão: veredas*, que lemos recentemente, é de uma riqueza humana enorme! Ele não é só bonzinho. Ele mata gente. Ele faz uma mediação entre o cangaço e os senhores, ele nos ensina sobre a vida.

CPF: Como essas outras abordagens sobre o fenômeno saúde – que refletem sobre o bem comum, a partilha – são percebidas na graduação? Por jovens que acabaram de ingressar num dos vestibulares mais concorridos so país?

José Ricardo Ayres: Isso é interessante. Eu dou aula na graduação, mais especificamente nessa disciplina que eu coordeno, que se chama “Processos de Saúde: doença-cuidado”, na qual trabalhamos basicamente conteúdos de humanidades médicas junto com atenção primária em saúde. Dou aula também para residentes e para a pós-graduação. São três espaços de formação em que eu tenho tido contato com alunos. É claro que o grupo mais difícil é o da graduação, porque uma parte grande deles ainda vem muito com uma pré-concepção de medicina muito tecnicista e individualista, mas é curioso, porque quando eles chegam na disciplina e a gente começa a dinâmica, o nosso roteiro pedagógico, eles se envolvem muito! É uma disciplina bem avaliada. As disciplinas de humanidades nem sempre foram bem avaliadas pelos alunos de medicina, porque achavam que era algo muito distante, e agora são

bem avaliadas. Entendendo que é porque atualmente discutimos esses conteúdos de forma muito veiculada à questão de pensar o cuidado, mesmo quando extrapolamos do individual para o coletivo a questão do cuidar. Eles têm se interessado e têm feito mais sentido para eles essas discussões da área de humanas. Apesar de terem aquela ideia de medicina muito estereotipada, grande parte deles vem com aquele ideal: “vou ser médico, vou ajudar outras pessoas, vou ser um profissional que cuida dos outros”. Eles não viam nada disso, viam uma coisa muito tecnicista, um conhecimento muito abstrato... Então, quando chegam aqui e encontram essa discussão, eles se conectam. Quando juntamos o cuidado com a atenção primária, na qual a primeira coisa a ser feita é conhecer a Unidade Básica do território no qual vivem, eles voltam absolutamente surpresos e encantados. Com a política de cotas, temos um grupo muito mais diversificado de experiências. Eu me lembro que a primeira vez que dei aula aqui no curso de medicina, eu era ainda residente e era uma disciplina chamada “Medicina e Centro de Saúde”. Acho que tinha uma parte teórica que era bem ciências sociais em saúde *hard*, e uma das coisas que a gente discutia era a relação entre pobreza e saúde. Eu lembro de uma das primeiras aulas que dei, e eu falando da favela São Remo, que era a favela que a gente atendia, e os alunos falavam assim: “professor, isso não existe, você está exagerando, não pode ser assim”. Tamanha a distância do universo deles. Agora já não é tanto mais assim e eles, nessa diversidade, trazem mais perspectivas que mostram claramente a diversidade de acesso, de experiência. Então eu acho que está melhorando ainda mais a receptividade desse tipo de conteúdo por conta de a gente estar com um grupo mais plural, mesmo. A gente não encontra mais obstáculos? Encontra. Tem alunos que recusam. Agora, de uma maneira geral, acho que está melhorando a receptividade, porque a universidade está se tornando mais democrática, por um lado, e, por outro lado, as pessoas estão sentindo necessidade desse tipo de conteúdo, e acho que também nós, docentes, acumulamos experiência, e acho que estamos mais sensíveis em estabelecer um diálogo que faça mais sentido para eles, para os quem vêm fazer o curso de medicina, e não de ciências sociais. Eles vão ser médicos, mas o que eu digo para eles é: vocês não têm que ser sociólogos, antropólogos, historiadores, vocês precisam saber beber dessas fontes, porque esse conteúdo pode torná-los melhores médicos. Isso faz sentido para eles.

Agora, na residência e na pós-graduação, aí é muito interessante, porque os alunos já estão mais antenados, então a discussão pode ser muito mais aprofundada. As discussões têm sido fantásticas, porque o modo como as pessoas percebem a contribuição que a filosofia, por exemplo, pode dar

para pensarmos nossas práticas, não só como pesquisadores, mas como profissionais de saúde, tem sido muito bacana. Isso é muito importante.

CPF: Uma de suas pesquisas atuais é sobre a vulnerabilidade de jovens a infecções sexualmente transmissíveis e HIV em contexto escolar. Gostaríamos de entender como essa pesquisa acontece e se inicia neste contexto político marcado pelos retrocessos nas políticas de educação sexual.

José Ricardo Ayres: Isso é muito interessante, porque, na verdade, a pesquisa não se inicia nesse contexto. Esse foi um problema, porque a ideia surgiu de três professores que há anos vêm trabalhando com esse quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Começamos a pensar nesse projeto, levamos mais ou menos uns três a quatro anos elaborando-o. Submetemos à Fapesp, que num primeiro momento aprovou o projeto, mas fez uma série de cortes orçamentários que o inviabilizavam. Renegociamos, e aí quando tivemos a autorização para entrar em campo, estávamos nesse contexto do bolsonarismo e todo esse debate contra a discussão acerca das questões de gênero e direitos humanos, ou seja, tudo que a gente queria discutir nas escolas. Percebemos, de imediato, que teríamos que mudar a nossa estratégia. O que antes eram fatores que nos favoreciam, agora estavam sendo obstáculos devido à conjuntura política. Assim, ao invés de focar nos direitos humanos para chegar na saúde para chegar nos direitos, focamos na saúde. Mas, para além da conjuntura política, outras questões começaram a surgir: quando a gente começava a fazer contato com as escolas, para negociar a participação no projeto de pesquisa, a gestão nos dizia que a questão urgente era a saúde mental dos jovens: “Eles estão deprimidos, eles estão se suicidando, a gente está com um problema sério, porque eles estão se mutilando, a gente quer que vocês façam alguma coisa e nos ajudem com isso”. Então tivemos que incluir esse conteúdo, porque é a grande questão do momento. Tivemos resultados impressionantes e preocupantes na pesquisa quantitativa sobre esse tema. Nesse sentido, o projeto visa não apenas uma intervenção individual, mas que possa interferir no ambiente escolar, na cultura escolar e também dar recursos estruturais para que eles se organizem enquanto coletividade. A ideia é que a gente articule as unidades de saúde do território para que elas sejam a retaguarda, do ponto de vista da saúde, da intervenção educativa nas escolas. Mas isso também é um outro desafio, porque a rede básica, assim como a rede de ensino, está sucateada, as equipes estão sobrecarregadas. O desafio está posto, mas ficamos muito impressionados com o engajamento dos jovens.

CPF: Para encerrar a entrevista, gostaríamos que você contasse um pouco da sua trajetória na área da saúde, como foi se aproximando destes temas que são latentes na sua pesquisa?

José Ricardo Ayres: Quando entrei na faculdade, eu queria ser cirurgião pediatra cardiológico. Cirurgião, porque eu achava que era quem resolvia todos os problemas. Cardíaco, porque eu achava a fisiologia cardiovascular linda, coisa do Ensino Médio. E como eu adorava criança, então tinha que ser pediátrico. Eu entrei na faculdade assim. Mas quando comecei o curso, a parte clínica me impactou muito de várias formas. Primeiro, eu achava a prática clínica muito violenta em vários sentidos. As pessoas ficavam internadas fora do seu contexto, recebendo uma visita pontual naquela hora do dia, e elas ficavam tristes... Tem uma paciente que marcou a minha trajetória neste sentido: foi uma menina. Eu estava começando o internato, estava saindo para o almoço, aí ligaram do ambulatório, pois tinha uma adolescente subindo com um quadro de tuberculose, muito debilitada, e era preciso que alguém fizesse a admissão na enfermaria, e esse alguém era eu. Ou eu ia almoçar, ou ficava para atender, e falei: “manda subir, eu faço a admissão”. Era uma história supercomplicada, porque ela era uma menina que tinha síndrome de down, com muita deficiência na comunicação. No dia seguinte, quando eu voltei, fui fazer a evolução dela, aí percebi que ela não tinha tomado café. O café estava todo lá em cima, e ela estava precisando se alimentar, tanto por conta da tuberculose quanto para a saúde física geral melhorar. O que acontecia? Era uma menina que tinha muita limitação pela síndrome de down, apesar de ser supercarinhosa, superquerida, mas se comunicava muito mal. O pessoal da copa chegava, botava o café da manhã do lado e ia embora, e ninguém chegava para dar o café para ela. Dentro das atribuições da enfermagem, não estava dar o café. O café passava às sete da manhã. Ela estava até a hora do almoço sem comer nada, desde o jantar do dia anterior, que o jantar do hospital também é cedo. Então eu chegava cedinho no hospital para pegar a copa passando, porque aí eu dava o café para ela, para garantir que ela tomasse café. Na hora do almoço, eu ia dar almoço para ela, porque não tinha ninguém para fazer isso, e ela não conseguia se comunicar, e dentro do sistema, se ninguém fizesse isso, ela ficava lá. Isso já me incomodava. Além dessa, me marcou uma das primeiras experiências na enfermaria da pediatria. Foi um menino, me passaram o caso: “você vai cuidar desse paciente com síndrome nefrótica, um problema nos rins”. Aí eu cheguei, olhei a evolução dele, tinha que colher exames. Fui falar com ele: “Olha, Fulano, vou ser o seu médico agora”. Ele falou: “Vai ter que colher exame?”. Eu pensei “Vai chorar, não é? Infelizmente, vai ter que colher”. Ele: “Oba!”. Aí ele saiu correndo, foi na central de enfermagem e já pegou com a enfermagem tudo o que

era preciso. Ele já sabia aonde era, o que precisava e me trouxe. Eu falei: “Gente, o que é isso?”. Aí eu fui conversar com o professor que estava me orientando, que me disse: “É que ele interna frequentemente, mas, quando ele volta para casa, não tem condição de fazer dieta, não tem condição de tomar remédio, então ele vai piorando novamente e dali a pouco tem que voltar”. Como eu gostava de pediatria, uma professora de medicina social me convidou para participar de uma pesquisa que ela estava coordenando sobre saúde escolar. Era para examinar crianças na Baixada Fluminense, era um inquérito de saúde. Foi aí que eu conheci a medicina social. Eu falei: “Olha, tem uma área da medicina que pode ser muito interessante...”. Quando eu estava terminando a graduação, a professora que coordenou essa pesquisa tinha assumido a Secretaria Municipal de Saúde do Rio e me disse: “Olha, você vai fazer residência em medicina social e vai vir trabalhar comigo, vai para São Paulo, e depois vem trabalhar comigo”. Aí eu vim para a USP com o plano de fazer uma boa residência em medicina preventiva e voltar para trabalhar com ela na rede municipal do Rio de Janeiro. Acontece que, quando eu cheguei aqui, o meu primeiro curso foi com um professor já falecido, chamado Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, um professor maravilhoso, que ministrava um curso de introdução à medicina social, que fazia exatamente essa articulação entre ciências humanas, filosofia e saúde. Além disso, tinha o Centro de Saúde Escola do Butantã, uma unidade de atenção primária onde era possível fazer prevenção e promoção da saúde... Então, era a possibilidade de juntar uma reflexão teórica supersofisticada com a prática, e uma prática não hospitalar, mas sim de atenção primária, com os pacientes em seu próprio ambiente, na sua comunidade... Eu fiquei apaixonado por isso! Apesar da saudade do Rio de Janeiro, não voltei mais. Quando terminei a residência, fui contratado como médico do centro de saúde–escola, mas era um contrato que já previa 30% do tempo na assistência, 30% na pesquisa e 30% na docência. Foi quando eu comecei a dar aula. Depois, em 1995, eu fiz concurso para docente e passei para a carreira formal. Toda a minha formação foi aqui na Faculdade de Medicina da USP, mestrado, doutorado e docência. No mestrado, não pude ser orientado pelo Ricardo Bruno, porque ele estava com as vagas para orientação completas. Foi um outro professor, de quem eu também gosto muito, Júlio Litvoc. Aí no doutorado o Ricardo me orientou, e eu acabei assumindo um pouco as disciplinas dele aqui no departamento. Ele morreu muito cedo, morreu em 1996. Eu assumi como docente, e pouco tempo depois ele morreu, em maio de 1996. Aí continuei essa trajetória de fazer essa ponte com a filosofia juntamente a outros discípulos do Ricardo Bruno. No começo, tivemos muita dificuldade de legitimação dentro da Faculdade de Medicina, mas atualmente já temos um espaço bastante grande. É uma conquista.