
Vestindo a pele da integralidade no SUS: empatia, cuidado e humanização

Katarina Brito¹

Resumo: Cuidado e humanização são dimensões centrais em minha pesquisa de mestrado, neste artigo compartilho um trecho da dissertação defendida. Durante o estudo uma outra categoria foi acionada de maneira expressiva, a empatia. Por este motivo, esse artigo se ocupará com discussões sobre tais, bem como sua relacionalidade. Isto posto, depreende-se que as categorias anteriormente mencionadas são partes constituintes do princípio de integralidade do SUS. Parafraseando meus interlocutores, no momento em que se montam de palhaços eles vestem as suas peles, são as tintas, as roupas e o nariz vermelho que externalizam os seus personagens. Entendo que de forma semelhante que a empatia, o cuidado e a humanização compõem e externalizam a integralidade, o que será discutido neste trabalho.

Palavras-Chave: Cuidado; humanização; integralidade; empatia.

Abstract: Care and humanization are central dimensions in my master's research, in this article I share an excerpt from the presented dissertation. During the study, another category was activated in an expressive way, empathy. For this reason, this article will be concerned with discussions about them, as well as their relationality. That said, it appears that the categories mentioned above are constituent parts of the principle of integrality of the SUS. Paraphrasing my interlocutors, when they dress up as clowns they wear their skins, it's the paint, the clothes and the red nose that exteriorize their characters. I understand that in a similar way that empathy, care and humanization compose and externalize integrality, which will be discussed in this work.

Key Words: humanization; care; empathy; integrality.

¹ Mestra (2022) e doutoranda em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco. Integrante dos núcleos de pesquisas FAGES/UFPE e AYÉ/UFPE. Licenciada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco (2017). Realizou pesquisa de mestrado sobre a formação em medicina e a importância da palhaçoterapia. No doutorado desenvolve pesquisa sobre práticas de humanização e integralidade nos atendimentos em Unidades Básicas de Saúde em Pernambuco. Colabora na produção do podcast Enegrecer.

Introdução

O presente artigo é derivado da dissertação de mestrado que trata sobre a formação de enfermeiros(as) e médicos(as) pela Universidade Federal de Pernambuco, no que tange ao cuidado e a humanização das práticas de saúde e os impactos da palhaçoterapia nesse processo, a partir das narrativas de estudantes e egressos desses dois cursos e que integraram o projeto de extensão universitária sobre palhaçoterapia, o PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos). Para isso, foi analisada a lógica que norteia o campo da saúde, bem como a elaboração e implantação, avanços e desafios, do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo valorizada as interpretações dos alunos e recém-profissionais a respeito de categorias como humanização e cuidado, assim como referente as suas formações sobre esses aspectos. Os dados coletados nesta pesquisa demonstraram uma série de dificuldades para se atingir a produção de saúde integral, sejam enfrentadas nos serviços de saúde ou nos ambientes de educação. Isso se apresenta por diversos fatores, como a fragmentação do corpo e valorização da doença, imperativos do *paradigma biomédico*; posições desiguais entre os profissionais e desses com os usuários; desvalorização das ciências humanas e sociais nas elaborações sobre saúde, dentre outras questões.

Participaram desta pesquisa estudantes de medicina (Cajuíno e Chico Bento) e de enfermagem (Tulipa e Carla), médicos recém-formados (Lindovaldo e Jason) e enfermeiras, também, recém-formadas (Célia, Francisca e Margarida) que integram ou integraram o projeto de extensão PERTO/UFPE. Os profissionais e estudantes de medicina e enfermagem que participaram dessa pesquisa são apresentados por nomes fictícios, escolhidos por eles próprios. A coleta dos dados se deu durante a pandemia da COVID-19, portanto, foram realizadas entrevistas através de videochamadas e utilizada a técnica de bola de neve³, a partir de contatos de pesquisas anteriores.

Neste trabalho analisaremos, a partir dos meus interlocutores de pesquisa, os elementos que compõem o princípio da integralidade no campo da saúde. Iniciaremos a discussão da categoria que entendo ser a mais externa, a empatia, até por fim chegarmos à integralidade.

³ Que consistiu na indicação dos meus interlocutores de pesquisa anterior à novos participantes para a pesquisa atual. E cada participante indicava novos possíveis participantes.

Empatia

Nesta seção, nos dedicaremos a analisar uma categoria que surgiu através das narrativas dos meus interlocutores: a empatia. Tendo sido acionada com frequência na discussão sobre humanização. A partir disso, pude compreender que a empatia se mostra como o caráter mais externo da humanização. Fazendo uma analogia à vestimenta do palhaço, diria que a empatia corresponderia ao nariz de palhaço. O nariz vermelho sozinho não faz de uma pessoa um palhaço, como a empatia sozinha não torna um atendimento no campo da saúde em integral e/ou humanizado.

Empatia, de acordo com o dicionário Michaelis *on-line*⁴, significa: “habilidade de imaginar-se no lugar de outra pessoa; compreensão dos sentimentos, desejos, ideias e ações de outrem; qualquer ato de envolvimento emocional em relação a uma pessoa, a um grupo e a uma cultura”. Tais definições em muito se assemelham às que meus interlocutores utilizaram ao se referir a esta categoria.

Eu vejo que o principal ponto da humanização no cuidado e assistência em saúde, em qualquer coisa, é empatia. A palavra-chave é empatia. (...) eu acho que a gente não precisa sentir na própria pele para poder pensar e se colocar no lugar do paciente, em relação as suas fragilidades, em relação a não saber mesmo sobre o desfecho da doença, o que pode acontecer com ele, então, acho que a assistência ela deve ser empática. (Jason)

A empatia apareceu quase sempre atrelada ao conceito de humanização. Quando questionados sobre esse último, geralmente recorriam ao primeiro em suas definições.

E aí, pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você ou alguém próximo. É ter empatia. (Célia)
O que é que eu entendo por humanização? Eu acho que tem muito a ver com ser, tipo assim, vejo muito como uma coisa de empatia. Você entender a situação da pessoa, tipo, sair um pouco da questão da doença e entender o contexto social que ela vive... (Lindovaldo)
Humanização é uma bandeira de um movimento que pretende levar uma forma mais empática e que se importe mais, né, com o outro humano. (Chico Bento)

Há uma série de estudos sobre a empatia na formação dos estudantes de saúde, principalmente de medicina, no campo da saúde. Segundo os quais a empatia é um dos aspectos mais importantes na relação entre profissional de saúde e paciente, refletindo em

⁴ <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=empatia>

ganho de segurança e confiança; o que permite uma maior abertura para relatos de problemas, sintomas e dúvidas, contribuindo para o entendimento maior do profissional do caso, além de favorecer a adesão ao tratamento oferecido pelos profissionais (Costa & Azevedo, 2010).

Nos referidos trabalhos, que se dedicam a analisar a empatia de acadêmicos de medicina durante a graduação e/ou médicos (as), são utilizadas escalas⁵ para medir o grau de empatia dos pesquisados (Costa & Azevedo, 2010); (Araújo & Toledo Júnior, 2020) (Claudino *et al.*, 2020). As pesquisas apontaram escores de empatia elevados, sendo significativamente maiores entre as mulheres, reforçando a posição das mulheres no cuidado⁶.

Tais estudos mostram a importância da discussão sobre a empatia na formação acadêmica dos futuros profissionais. Mesmo sendo entendida com forte relação com questões de personalidade dos pesquisados, bem como suas experiências pessoais, percebeu-se que a empatia pode sofrer alterações. Desse modo, compreende-se que há a necessidade de valorizar a discussão e promover incentivos precoces dessa habilidade nos cursos de saúde em momentos diversos de sua duração, no sentido de um maior desenvolvimento da empatia nos estudantes.

O cuidado em saúde

O cuidado precisa de um olhar múltiplo. Sendo assim, esse trabalho irá discuti-lo privilegiando a multidisciplinariedade; visto que há ricos debates, principalmente no campo da saúde coletiva e da sociologia, para além, claro, da antropologia.

O conceito de cuidado, para Octavio Bonet (2014), é entendido como uma categoria situacional e metafórica. Enquanto categoria situacional tem mais fluidez e plasticidade, e

⁵ *Jefferson Scale Empathy – Students version (JSE-S)* e *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, são escalas desenvolvidas para medir a empatia em médicos e outros profissionais de saúde.

⁶ A discussão entre gênero e cuidado está presente em minha dissertação (BRITO, 2022). E de maneira mais detalhada em diversos trabalhos, como:

KERGOAT, Danièle. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, Marta; MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. SUR, 53-64, 2016.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Revista, 2007.

SOARES, Ângelo. Assédio moral: o estresse das vítimas e das testemunhas. In: C. LIMA, C; OLIVEIRA, J. A.; MAEANO, M. Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho. São Paulo: Fundacentro, 2013.

como metaforizada se remete às diferentes “percepções-ações” entre profissionais de saúde, pacientes e seus acompanhantes.

Bonet (2014) reforça que o cuidado requer uma leitura ampliada. No seu caso, está não apenas se referindo à dimensão terapêutica, associada à saúde, mas também a ações que são realizadas pelos pacientes que não são consideradas ações de saúde, mas de cuidado. Nessas ações de cuidado são acionados os serviços de saúde, mas também de vizinhança. Ou seja, para ele, o cuidado compreende, também, a dimensão política de ações cotidianas do cuidar, seja dos profissionais ou dos usuários. Assim, para este autor, o “cuidado remete à proximidade, a um compromisso, a uma relação, a uma individualidade e, portanto, a uma escolha pessoal” (Bonet, 2018:29).

O cuidado, por seu caráter plural, é, por vezes, difícil de conceituar, quando nas conversas discutimos sobre o entendimento desta categoria foi comum haver a tentativa de explicá-lo por meio de exemplos práticos, de cuidado ou de “não-cuidado” (ou um cuidado inadequado). Como aconteceu no diálogo com Jason:

(...) é você ter gentileza no toque; não é porque o paciente não tá acordado, que não tem ninguém da família olhando... Então, as pessoas [profissionais de saúde] sobem assim no paciente, botam peso, fazem pressão e hoje são práticas que à luz das coisas mais modernas não são mais justificadas. (...), mas a realidade é que essas práticas já estão ficando um pouquinho pra trás, mas as pessoas continuam fazendo. A pessoa tá lá na UTI e só tem ele e a equipe, aquilo ali é normal, é do dia a dia da UTI, o médico vai lá e faz. (...) Eu trabalhei na UTI de um hospital de referência, era uma UTI muito boa. A gente tinha as técnicas que cuidavam do paciente como se fosse, como se fosse um pai mesmo assim, dava banho, conversava com muito carinho, sabe assim... (Jason)

Um dos grandes expoentes da literatura, na saúde coletiva, dessa temática é o José Ricardo Ayres (2005a) que, por exemplo, o analisou através de quatro categorias: a *ontológica*, a *genealógica*, a *crítica* e a *reconstrutiva*. Todas elas são importantes, mas para compreender a palhaçoterapia, é necessário perceber o cuidado através da categoria *reconstrutiva*.

Como categoria ontológica, o cuidado é tratado como uma construção que se caracteriza ao mesmo tempo pela compreensão filosófica e por uma ação prática direcionada da área de saúde que se adquirem na relação terapêutica, no contato entre profissionais de saúde e pacientes, no intuito de extinguir ou ao menos minimizar o sofrimento. Para esta

noção de cuidado, Ayres (2005a) utilizou-se da hermenêutica, percebida através de Martin Heidegger em seu livro *Ser e Tempo* (1927), onde a partir da *Fábula de Higino*⁷, tece a elaboração sobre o cuidado, propondo-o como a categoria que mais consegue colocar os indivíduos em harmonia com um plano de imanência, sem começo ou fim. Assim, para Ayres (2005b: 95): “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar ‘porque’ se responsabiliza”.

O cuidado, como categoria genealógica, trata-o como expressão de formas de vida da civilização ocidental; diz respeito à noção de Foucault do cuidado de si. Para Ayres, Foucault relacionou o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida dos cristãos ocidentais.

O cuidado como categoria crítica refere-se à maneira de interação das práticas de saúde contemporâneas, delimitando-as às tecnologias formatadas como o campo institucional na área da saúde. Nos últimos três séculos, a racionalidade vem orientando o horizonte normativo da saúde pública. Racionalidade essa, cada vez mais científica e tecnológica, que apresenta consequências positivas e negativas. Por um lado, é importante destacar a aceleração e ampliação dos poderes dos diagnósticos, a melhoria no prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes. Do outro lado, a ditadura dos exames complementares, o grande fracionamento do paciente e da medicina em especialidades, custo elevado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O cuidado como categoria *reconstrutiva* refere-se à possibilidade de um diálogo entre a tecnociência médica e o cuidado, construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. A interação terapêutica deve utilizar-se da tecnologia, mas não se limitar a ela. Percebe-se então a importância do cuidado nas práticas de saúde; desenvolver atitudes e espaços de

⁷ Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (*tellus*) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘*homo*’, pois foi feito de húmus (terra)’ normal. (Heidegger apud Ayres, 2005:92)

genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde (Ayres, 2005a).

Como sugeriu Paulo Henrique Martins (2015), a emergência do cuidado como elemento de mediação na relação entre profissional de saúde e paciente não se limitaria apenas ao exercício prescritivo, mas também envolveria a participação solidária e a responsabilização do paciente no funcionamento do sistema de saúde.

Martins (2015) no esforço de entender o cuidado recorreu ao conceito de *dádiva* de Marcel Mauss. Analisando assim que o profissional e o paciente não são categorias que se excluem. Na mediação pela *dádiva* os elementos afetivos, técnicos e funcionais presentes naquele momento são reprogramados pela experiência de troca de bens simbólicos.

Ainda para Paulo Henrique Martins (2015), a relação entre a *dádiva* e o *reconhecimento* é determinante para o avanço na perspectiva do cuidado como mediador simbólico na saúde. O valor simbólico do *reconhecimento* na geração de um bem-estar que alarga as significações da saúde emerge através de signos de *reconhecimento* (como a capacidade de reconhecer o outro como igual a ele próprio) que circulam como *dádivas*. Com isso, a leitura do reconhecimento como simbolismo da ação leva necessariamente a uma aproximação entre *dádiva* e *reconhecimento*, já que *reconhecer* é uma *dádiva* estruturante primordial. Isto porque gera um bem-estar ligado a visibilidade política, a solidariedade e a dignidade moral do indivíduo.

Cuidado e reconhecimento

As práticas em saúde podem ser compreendidas pela execução de procedimentos técnicos com um determinado objetivo, a partir do conhecimento científico. Todavia, partindo do entendimento do cuidado enquanto categoria reconstrutiva, destaca-se que a utilização das técnicas e saberes na atenção à saúde implica em uma dimensão relacional, tais interações necessitam dedicar-se ativamente ao demandante do cuidado, para a efetivação e legitimação dessa categoria (Wernet *et al.*, 2017).

As interações intersubjetivas são fundamentais para o cuidado integral:

(...) bem como o acolhimento, responsabilização e expansão de horizontes, capazes de fazer de ambos – cuidador e demandante do cuidado - sujeitos autônomos e criativos na construção de padrões normativos de saúde, compatíveis com os valores e necessidades pessoais e socialmente satisfatórios (Wernet *et al.*, 2017:4).

Dessa forma, a Teoria do Reconhecimento proposta por Axel Honneth (2003) comunica-se com o “horizonte normativo” (Wernet e Ayres, 2017: 4) do cuidado ao discutir sobre abertura ao outro por meio do respeito aos direitos, valores e interesses. O cuidado apresenta-se intimamente relacionado às experiências singulares e intersubjetivas, valorizando a qualidade do encontro e da interação, bem como os modos de relacionamento com as pessoas. Assim sendo, a partir da intersubjetividade compreende-se o impulsionamento da emergência das particularidades culturais, sentidos, experiências e entendimentos de afeto, justiça e respeito.

O indivíduo se configura no encontro e na interação com o outro. Sendo um processo contínuo e relacional, mediado pelo coletivo e afetando-o, direta ou indiretamente. Para Axel Honneth (2003), cada forma de reconhecimento – Amor, Direito e Solidariedade – têm uma autorrelação prática do sujeito (respectivamente, autoconfiança, autorrespeito e autoestima). Quando acontece a quebra de alguma dessas autorrelações pelo desrespeito, então surgem as lutas sociais. Não há, portanto, diferença entre as relações estabelecidas na esfera da saúde. As discussões sobre cuidado, humanização e integralidade remetem precisamente às dificuldades de superação de tais quebras, que geram o não-reconhecimento dos sujeitos.

Para o reconhecimento do outro se pressupõe o estabelecimento de uma relação simétrica e horizontal, onde os sujeitos partilham do mesmo horizonte normativo respeitando-se. Nas práticas de saúde que visam o cuidado integral e humanizado, atenta-se para essa questão. Visando a construção da relação entre profissionais de saúde e os usuários que permita o reconhecimento de ambos.

A preocupação com este tema foi levantada na conversa com o médico Jason.

Conversar com o paciente sem ser somente por parte da consulta, é fazer dele também uma pessoa ativa dentro da doença dele. Então, não é que ele chegou pra mim e ele quer que eu passe um remédio e o remédio vai melhorar, não, vai depender do que ele vai fazer. Do que ele vai achar melhor de acordo com as opções que eu tenho pra dar, vai depender do que ele pode arcar, com o que SUS pode dar. Tudo isso eu divido a responsabilidade com o paciente e eu acho que a consulta sai mais forte assim e a relação sai mais forte também.

Jason exemplificou, desse modo, o reconhecimento do paciente pelo profissional. De maneira a permitir uma maior autonomia dele em frente ao seu problema de saúde, o doente não é tratado apenas como passivo nesse processo, mas assumindo seu papel de protagonista.

Pode, também, ser compreendida na relação entre os profissionais no ambiente de trabalho. Há na sociedade uma divisão hierárquica entre as profissões, onde os médicos ocupam um lugar de amplos privilégios. Na área da saúde, os profissionais de medicina estão no posto mais alto, seguidos pelos de enfermagem (de nível superior), havendo, cabe destacar, grande distância hierárquica. A busca pela criação de relações horizontais entre trabalhadores também foi discutida com os meus interlocutores.

O médico, de maneira errada, é muito visto como se ele fosse o chefe das pessoas muitas vezes nas equipes de saúde, né. Então, no posto de saúde é como se você mandasse, por isso o pessoal vai lhe tratar dessa maneira; mas você não necessariamente tem que assumir esse papel. (...) dentro da equipe eu tento sempre manter as coisas em um nível parecido, acho que isso facilita a convivência e cria laços mais sinceros, inclusive, sem ser aquela coisa paternalista e tal. (Jason)

Em posição diferente ao médico, a enfermeira Francisca também comentou a relação entre profissionais. Nesse caso, entre enfermagem e medicina:

Eu vejo muito do seu posicionamento quanto profissional, né, no momento que eu entendo qual é o meu papel ali e que ele [médicos] respeita o meu papel e que eu o respeito, a gente tem cada um o seu espaço e isso enriquece muito. Porque a gente consegue ter uma troca, né, o que é que eu enquanto profissional que estou o dia todo com o paciente posso acrescentar, né. (...)Então isso a gente constrói, né, constrói; vai muito também, é uma via de mão dupla, né, de como ele [médicos] vai aceitar aquilo, é muito da relação, né. Eu também não vou dizer se a pessoa não quer ouvir; mas a gente faz e eu faço pelo paciente. Porque aquele paciente poderia ser eu, poderia ser alguém da minha família, então eu faço às vezes independente, às vezes, do que ele vai achar ou não.

Também sobre a profissão e o trabalho Francisca aborda aspectos do não-reconhecimento:

E aí é assim, chateia um pouco, né, assim, nessas questões da diferença, da valorização, mas cada um no seu espaço, né.

Ressaltando, assim, não apenas o não-reconhecimento nas relações cotidianas entre profissionais como também as noções de respeito que atinge o indivíduo, membro da sociedade. Historicamente a enfermagem tem seu conhecimento pautado no cuidado humano.

Desse modo, esse campo se ocupa e define em torno dessa categoria (Santos, 2020). Na literatura da área, o cuidado é entendido como essência da profissão (Vale & Pagliuca, 2011), que coaduna com a fala da enfermeira Francisca:

O cuidado ele é meio que a definição da minha profissão, né, a enfermagem sem o cuidado ela não é nada, né. Ela é uma ciência, mas ela é uma ciência que perpetua na forma da gente cuidar daquele paciente e eu acho que o cuidado, ele pode ser demonstrado por diversas formas (...) Eu acho que o cuidado é (...) a gente entender que ali não é simplesmente um corpo, né, que tem uma doença; aquilo dali é uma vida que tem sua história e que ela é muito mais que um diagnóstico, né, ela é um ser humano que está sofrendo por tudo aquilo e que precisa ser abraçada por diversas formas, então cuidado é tudo.

Como apontado por Bruna Santos (2020), a enfermagem é entendida como uma ciência que cuida das pessoas. Diferindo-se do cuidado comum, este é baseado em princípios científicos. Justificando-o como profissional e técnico. Destaca-se, também, que essa categoria de trabalhadores ocupa o posto mais alto no trabalho de cuidado (devido a obrigatoriedade da formação em nível superior).

A humanização no campo da saúde

O conceito de humanização se caracteriza pela sua polissemia. Esta temática vem sendo discutida há várias décadas, como mostram Juliana Casete e Adriana Corrêa (2005) ao fazerem uma revisão da literatura sobre humanização em saúde, com o objetivo de compreender as concepções que são utilizadas sobre a referida categoria. As autoras identificaram que nos textos publicados entre as décadas de 1950 e 1980 a humanização se estabelecia numa perspectiva marcada pela caridade: o paciente é considerado frágil, dependente e vulnerável; despertaria a piedade dos profissionais de saúde, estes seriam valorizados por sua doçura e caridade. No entanto, a partir da 1990, há a valorização do usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos. Reivindicando o estabelecimento de relações saudáveis e responsáveis entre os sujeitos que compartilham saberes, experiências e o compromisso ético e político.

A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, adota o entendimento – repara-se na utilização do termo “entendimento” e não definição, destacando que a PNH não adota uma definição exata da humanização – de humanização descrito nos trabalhos a partir da década de 1990. Com a valorização dos diversos atores no processo de produção de saúde,

corresponsabilidade na atenção e gestão em saúde; construção de vínculos solidários; identificação das necessidades sociais etc. (Trad, 2006).

O entendimento da humanização no campo da saúde, de maneira geral, pode ser compreendido mais facilmente em sua contraposição a desumanização das práticas médicas. Desse modo, podemos pontuar alguns aspectos que caracterizam a desumanização no campo médico como, por exemplo, a ordem social desigual, racista e exploratória, reflexos do sistema no qual está inserido, onde suas lógicas e critérios segregacionistas influenciam o sistema de saúde; a racionalidade científica e a tecnologia ocidental, cujas tendências à fragmentação e especialização dificultam uma visão holística do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a participação dos pacientes nas tomadas de decisões médicas; a subcultura médica e sua organização profissional: suas formas de auto-regulação e proteção contra a crítica e supervisão externa, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica e, por fim, a forma de tratar as pessoas como coisas. Vê-las como problemas e tratá-las de forma objetiva e distanciada são consequências evidentes da racionalidade biomédica, manifestada no modo como a medicina vem construindo seu objeto e sua identidade como prática social (Geiger, 1975 *Apud* Deslandes, 2006).

Assim como o cuidado, a humanização também se mostra como de difícil conceitualização. Vários autores, em especial no campo da saúde coletiva, se dedicaram a estudar tal definição (Deslandes, 2004; Ayres, 2005a).

A humanização, nesse contexto, pode ser definida a partir do que José Ricardo Ayres (2005b) escreveu sobre esse termo. Para este autor, a humanização pode ser vista como um ideal de construção de uma livre e inclusiva relação composta por diversos sujeitos no cenário da organização das práticas de atenção à saúde. Esta relação seria propiciada por interações simétricas, que suscitem um entendimento mútuo entre os envolvidos e elaboração consensual de suas verdades e valores.

Através das conversas com médicos e enfermeiros, que participaram desta pesquisa, foi possível perceber como o entendimento de Ayres (2005b) coaduna com o levantado em algumas respostas a respeito da humanização. Como visto anteriormente, os meus interlocutores ao falarem sobre esta categoria relacionavam, frequentemente, com a empatia.

Na conversa com o médico Jason perguntei o que ele entendia por humanização e sua resposta segue na direção de uma construção de relação menos hierárquica e que valoriza a qualidade da comunicação entre médico e paciente.

Quando eu trabalhei em UTI por um ano, e eu ia ver os pacientes da UTI tratava como se fosse familiar meu mesmo, assim, com respeito, toda questão do cuidado. As pessoas às vezes, o paciente tá ali "dormindo", né, enfim, as pessoas esquecem, falam coisas terríveis em relação aos prognósticos "esse aí já morreu" tudo isso, sabe? E eu tentava puxar muito isso pra mim no contexto da UTI e no posto de saúde o que eu acho das coisas que mais impacta no cuidado na maneira geral é saber das coisas, né, então eu tento explicar ao máximo pro meu paciente tudo o que eu puder sobre a doença dele; (...) Então, o médico ele tem que ter cuidado com a linguagem do que ele tá tentando passar e tentar simplificar também o assunto (...). No posto de saúde o jeito que a gente mais humaniza o tratamento é tratando a pessoa bem, claro, como a gente deve tratar todo mundo, até os inimigos como diria Jesus e informá-los do que ele tem, eu me julgo uma fonte de conhecimento sobre a doença do paciente, longe de vieses (...); se o paciente ele for colocar o que tem no Google ele vai saber que tem câncer e aí vai assustar, vai ter todos os problemas, né. Então se esse paciente tem que ser informado eu acho que tem que ser por mim, e aí eu acho que a melhor forma de levar as consultas de maneira humanizada, eu acho que o principal ponto é esse. (Jason)

O estudante de medicina, Cajuíno, quando conversávamos sobre o que era aprendido no que diz respeito a humanização na graduação, fez considerações sobre o entendimento de humanização:

Eu entendo que seja humanização também quando o professor diz que a gente tem que escutar o paciente porque muitos deles são do interior, então sai muito cedo de casa, então a gente precisa chegar no horário, a gente precisa atender eles bem, a gente não deve tá numa consulta dividindo a nossa atenção com o celular ou conversas paralelas, entende, tá ali prestando atenção ao paciente, tentar entender, respeitar a questão do horário. (Cajuíno)

A estudante de enfermagem Tulipa também ressaltou a importância da comunicação e como essa questão é ensinada na universidade.

A enfermagem atua no cuidado do paciente. A gente sempre foi orientado no curso pra quando for fazer a anamnese, que é a entrevista com o paciente, ter uma forma de falar adequada, sabe? A linguagem que você vai utilizar se é uma linguagem também adequada que o paciente possa entender. E não fazer algo mecânico(...) E eu acredito que o cuidado vá além disso.

As falas de Jason, Cajuíno e Tulipa nos levam a uma outra relação a partir da humanização, que é com a comunicação. Assim, é possível analisarmos como a humanização

se mostra importante no processo comunicacional e consequentemente na relação profissional de saúde e paciente. Maria Julia Paes da Silva (2002) também destaca a importância da comunicação no atendimento, “devemos então, como profissionais de saúde, nos preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que nos permita ser empáticos, pois só assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista” (Silva, 2002: 82).

Gilvânia Moraes *et al* (2009) aponta a comunicação como um valioso instrumento de humanização, os autores referem-se aos profissionais de enfermagem (mas entendo que podemos expandir para os demais trabalhadores da saúde) e desse modo “dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização” (Moraes *et al*, 2009: 324).

Considerando esses aspectos é inegável a importância da comunicação para um atendimento humanizado, visto que é através dela que se dá relação entre profissionais e usuários. Neste sentido a “comunicação humanizada” muito se assemelha à concepção de polidez do filósofo André Comte-Sponville (2009). Para o filósofo a polidez não é em si uma virtude, porém é essencial para tal. Para o nosso caso, um profissional de saúde polido/gentil é importante para estabelecer uma relação harmoniosa com o usuário, entretanto o atendimento humanizado não se restringe a isto.

O médico Lindovaldo, ao ser questionado sobre o que entendia por humanização, também teve uma resposta direcionada a um atendimento mais inclusivo e que fosse para além da doença.

(...) Você entender a situação da pessoa, tipo, sair um pouco da questão da doença e entender o contexto social que ela vive, como são as relações dela e tentar de alguma forma oferecer um tratamento que consiga incluir bastante ela, sabe, tipo assim, que ela possa tá nessa mais do que, do que normalmente a gente vê de entrar e se implicar com o tratamento ou cuidado....

Cajuíno, estudante de medicina, tem um entendimento de humanização muito próximo ao de Lindovaldo:

Humanização, pra mim, em saúde eu acredito que é você não vê alguém como uma doença (...). Você precisa buscar respeitar todas as esferas dele, então existe a esfera psíquica, existe a esfera física, a esfera espiritual, a esfera mental; então não adianta a gente também entender a psiquiatria, a psicologia e explicar o sofrimento psíquico dele, explicar o sofrimento físico dele, mas se ele tem uma escolha e às vezes existe essa escolha, por exemplo, dentro da religião (...). [Você pode achar] certa a escolha de tratamento terapêutico e ele não aceitar por conta da religiosidade dele, você também tem que entender, então a gente não pode hierarquizar o que seria algo mais importante ou menos importante [para o paciente]. (...) Pra mim humanização seria isso, seria ressensibilizar a gente para entender uma pessoa como uma pessoa.

Tulipa também compreende a humanização como uma forma de perceber o paciente para além de sua doença:

Na prática eu acredito que a humanização é assim essa questão de você ver além do quadro clínico, sabe? Você saber que quem tá ali vai além da doença, sabe? Tem uma história, tem uma família, sabe? Tem muitas coisas além disso, e você tem que ter essa visão guiada pra ter esse atendimento mais humano mesmo, sabe?

Carla, estudante de enfermagem, também percebe a humanização como uma forma de enxergar o usuário:

Então, pra mim, eu acho que humanização é você conseguir olhar o outro, enxergar e não simplesmente ver, sabe. É você conseguir encontrar aquela pessoa, assim, além do que você foi ali fazer.

O entendimento que as enfermeiras apresentaram sobre humanização estão mais relacionados com uma dimensão mais pessoal do convívio entre profissional e paciente. Acredito que isso se deve pela própria especificidade da profissão, que é caracterizada muito mais pelo contato com a pessoa que está doente. Cuidado e humanização estão muito mais imbricados para estes trabalhadores, sendo até mesmo difícil separar as falas que tratam de cuidado e humanização.

Humanização? Ai meu Deus, humanização é o ápice! Assim, não existe cuidado sem humanização, né... (Francisca)

No que eu vejo de humanização é deixar ela (se refere a mulher gestante) tomar, na minha área assim, é deixar ela tomar decisões baseadas no conhecimento que a gente passou pra ela; no caso seria você se colocar também no lugar do outro, saber quais são as melhores opções pra ela, pra aquela pessoa, não só porque o livro e a literatura diz, mas o que ela tá precisando no momento.. (Margarida)

(...) Quando eu penso assim em humanizar, inclusive, lá agora nesse hospital de campanha (hospital de campanha para o enfrentamento da COVID-19) eu briguei com enfermeira do dia porque eu fui saber informação de uma paciente e ela disse que isso era falta de ética dá informação, só que nesses tempos de pandemia eu acho que nem só, nem ética tem que tá acima de tantas coisas assim. É... onde a família não tem acesso ao paciente, o paciente não tem acesso a família, você não tá faltando com a ética porque você tá dando uma informação a quem tá há 14 dias sem saber de um familiar... E aí pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você e alguém próximo. É ter empatia. (Célia)

Assim como a literatura sobre o tema, os meus interlocutores não apresentaram uma definição e sim entendimentos amplos que embora sigam a mesma direção os abordam por diferentes aspectos.

Integralidade

Como vimos, os conceitos de cuidado e humanização em saúde estão fortemente associados à categoria da integralidade. Sendo este um princípio do Sistema Único de Saúde, instituído a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). Em seu Art. 7º, que versa sobre os princípios, seguindo as diretrizes propostas no Art. 198 da Constituição Federal, dispõe “II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Rubens Mattos (2006) estabeleceu três conjuntos de sentidos da integralidade dentro do SUS: integralidade como um traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas; e a integralidade como relacionada às políticas desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde.

A integralidade como traço da boa medicina se relaciona à crítica de atitudes médicas fragmentárias. A medicina integral entende a integralidade como ações dos profissionais de saúde que se caracterizariam pela recusa em reduzir o paciente ao aspecto biológico. Portanto, este conjunto de sentido corresponderia às práticas dos trabalhadores, que deveriam abranger necessidades que vão além da doença.

O segundo conjunto de sentido corresponde ao modo de organizar as práticas, se refere mais diretamente com as organizações dos serviços e das ações de saúde. Na direção de programas horizontais que permitam aos usuários serem tratados como um todo.

O último conjunto de sentido para a integralidade é relativo às configurações de certas políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um dado

problema de saúde ou aos problemas de saúde que afetam um grupo. De maneira geral, pode ser entendido como respostas governamentais. Para elucidar este ponto, Rubens Mattos traz um exemplo de política que ajuda bastante no entendimento: a resposta governamental brasileira à AIDS, que se norteia pelo princípio da integralidade, onde o governo se responsabiliza pela distribuição gratuita dos antirretrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

Desse modo, pode-se perceber que o SUS, embora inserido dentro do horizonte da racionalidade biomédica, também se contrapõe a ela, através de uma série de programas e políticas que colocam em pauta questões de integralidade e humanização em saúde.

Assim, a integralidade entendida como um traço da boa medicina se relaciona com a dimensão, já discutida, de cuidado humanizado; visto que há uma estreita relação com a medicina integral, que se antagoniza à lógica reducionista e fragmentária dominante no campo da saúde.

A partir da literatura e em consonância com os discursos dos meus interlocutores foi possível perceber que o cuidado e a humanização nos atendimentos em saúde visam abranger o usuário em todas as suas dimensões, valorizando sua comunicação, entre outras características que correspondem também a definição, como vimos, de integralidade. Em vista disso, me parece factível a leitura de que cuidado e humanização são passos para que se atinja a integralidade no campo da saúde.

Considerações finais

Ao longo deste artigo discutimos as categorias centrais da minha pesquisa de mestrado, a partir das narrativas dos estudantes e egressos dos cursos de medicina e enfermagem, tensionando com a literatura que se dedica a esses temas. Dessa maneira, podemos compreender como esses assuntos se organizam dentro das práticas de saúde. Assim, entendendo a empatia como o elemento mais externo e que dialoga diretamente com o usuário; e aqui faço a analogia da empatia com o nariz vermelho. O cuidado e a humanização também têm o caráter externalizador, porém com reflexões mais profundas e que vão além do atendimento ao paciente; podendo ser análogos às roupas e a maquiagem do palhaço. E, por fim, a integralidade, que abarca todas essas categorias, como se fossem etapas para atingi-la.

Abrangendo desde o atendimento à pessoa sob cuidado até os desenhos de políticas públicas. Assim, a integralidade pode ser vista como o palhaço, que depende, em certa medida, dos itens mencionados – nariz, roupas e maquiagem – mas é maior que todos esses elementos.

Foi possível perceber que os interlocutores possuem compreensões diversas sobre humanização e cuidado. Isso, em parte, pode se justificar pela polissemia dessas categorias. Como também, ao associarem frequentemente a questões pessoais, pode revelar a ausência de um debate profundo durante suas graduações. Visto que a produção acadêmica, seja da área da saúde coletiva ou das ciências humanas e sociais, analisa essas dimensões enxergando-as muito mais como uma proposição política do que relacionado a questões individuais.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Naiara S. & TOLEDO JÚNIOR, Antônio. 2020. *A empatia em acadêmicos de medicina em relação ao paciente pediátrico: estudo transversal unicêntrico*, 2019. Revista Brasileira de Educação Médica.

AYRES, José R. 2005a. *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva.

_____. 2005b. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA JR, C.E.A., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

BONET, Octávio. 2004. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. 2014. *Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado*. A propósito de Tim Ingold. Sociologia & Antropologia.

_____. 2018. *De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde*. In: E. M. NEVES, M. R. LONGHI, & M. FRANCH, *Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania*. João Pessoa: ABA Publicações.

CAMARGO JR, Kenneth R. 2005. *A biomedicina*. Rev. Saúde Coletiva.

CASETE, Juliana C. & CORREA, Adriana K. 2005. *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado*. Rev Latino-Am Enfermagem.

CLAUDINO, Filipe. C.; LUCENA, Marcelle M.; SILVA, Erin B.; BAROFFIO, Anne; GERBASEL, Margaret W. 2020. *Associação entre Empatia e Personalidade em Estudantes de Medicina*. Revista Brasileira de Educação Médica.

COMTE-SPONVILLE, André. 2009. *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes.

COSTA, Fabio D.; AZEVEDO, Renata C. 2010. Empatia, *Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo*. Revista Brasileira de Educação Médica.

DESLANDES, Suely. 2004. *Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar*. Ciência & Saúde Coletiva.

_____. 2006. *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*. In: DESLANDES, Suely. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

HONNETH, Axel. 2003. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Petrópolis: Vozes.

MARTINS, Paulo H. 2015. *Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação*. Debates. Cescontexto.

MATTOS, Rubens A. 2006. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens Araújo de (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.

MORAIS, Gilvânia S.; COSTA, Solange F.; FONTES, Wilma D.; CARNEIRO, Alan D. 2009. *Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado*. Acta Paul Enferm.

SANTOS, Bruna M. 2020. *Uma ciência do cuidado: racionalidades e afetos no campo da enfermagem*. *Áltera*, v.3, n.11, p. 165-199.

SIGAUD, Cecília; SOUZA, Nayara; NOBREGA, Angélica; TORIYAMA, Aurea; COSTA, Priscila. 2016. *Motivos de estudantes de enfermagem para a escolha da carreira*. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.

SILVA, Maria J. 2002. *O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde*. Rev. Bioética.

TRAD, Leny A. 2002. *Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia*. Ciência & Saúde Coletiva.

_____. 2006. *Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica*. In: DESLANDES, Suely. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

VALE, Eucléia G.; PAGLIUCA, Lorita M. 2011. *Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação*. Revista Brasileira de Enfermagem.

WERNET, Monika W.; MELLO, Débora F.; AYRES, José R. 2017 *Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde*. Texto Contexto Enferm.