



REVISTA INTERNACIONAL DE  
HUMANIDADES  
MÉDICAS

VOLUMEN 3  
NÚMERO 1

**REVISTA INTERNACIONAL  
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

**VOLUMEN 3, NÚMERO 1**



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS  
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España  
por Global Knowledge Academics  
[www.gkacademics.com](http://www.gkacademics.com)

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <[soporte@gkacademics.com](mailto:soporte@gkacademics.com)>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

# REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

## Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

## Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

## Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Univesidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

## Editores asociados

Helio Angotti-Netto

Paula Ariadna Corzo Pérez

Guillermo de Eugenio Pérez

Renata Giaxa

Estefanía Paz Hermosilla Órdenes

Mario de Marco

Mariano di Pasquale

Miriam Ghidolin

Jacqueline Izumi Sakamoto

Inés Sofía Morales Salcedo

Claudia Muravchik

Amparo Aurora Ramírez Tamayo

Carla Cristine Souza de Almeida

Maria Rosa Walker

Marina Weinberger



# Índice

**Transformando sofrimento em narrativa e narrativa em uma nova vida.....1**

*Tatiana Piccardi*

**El consentimiento esclarecido: aportes del campo "Psi" a la clínica actual.....13**

*María Lucrecia Rovalletti*

**Memória do coração: visões acerca do coração humano a partir da experiência do transplante.....25**

*Maria Auxiliadora Craice De Benedetto, Nadia Vitorino Vieira, Dante Marcello Claramonte Gallian*

**Psicologia sócio histórica: historicidade X naturalização, desafios da produção teórico-práticos em saúde pública.....41**

*Edna Peters Kahhale, Carlos Roberto de Castro e Silva, Alexandro da Silva*

**Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional.....55**

*Rosana Rossit, Sylvia Helena Batista, Nildo Alves Batista*

**Fundamentos filosóficos em humanização: revisão crítica da literatura no Brasil....65**

*Thiago Gomes Barbosa, Roberto Pereira Miguel, Dante Marcello Claramonte Gallian*



# Table of Contents

**Transforming Suffering into Storytelling and Storytelling into a New Life.....1**

*Tatiana Piccardi*

**The elucidated Consent: Contributions from the “Psy” Domain to the Current Clinical Practice.....13**

*María Lucrecia Rovaletti*

**Memory of the Heart: Visions about the Human Heart from the Experience of the Transplant .....25**

*Maria Auxilia dora Craice De Benedetto, Nadia Vitorino Vieira, Dante Marcello Claramonte Gallian*

**Social Historical Psychology: Historicity X Naturalization, Theoretical – Practical Challenges of Production in Public Health.....41**

*Edna Peters Kahhale, Carlos Roberto de Castro e Silva, Alexandro da Silva*

**Training for integrality in Health Care Careers: Potential for an Interprofessional Project.....55**

*Rosana Rossit, Sylvia Helena Batista, Nildo Alves Batista*

**Philosophical Groundings for Humanisation: a Critical Litterature Review in Brazil.....65**

*Thiago Gomes Barbosa, Roberto Pereira Miguel, Dante Marcello Claramonte Gallian*



# Transformando sofrimento em narrativa e narrativa em uma nova vida

Tatiana Piccardi, EFLCH/Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** Este trabalho busca verificar, por meio da análise de narrativas sobre dor e sofrimento, em que medida os respectivos enunciadorez parecem encontrar alívio e recursos internos para refazer suas vidas por meio do próprio processo de narrar. As reflexões propostas são desdobramento de duas experiências correlatas: (i) a observação das falas das mães/pais pertencentes a um grupo de apoio a pais enlutados; falas tais que promoveram um desenvolvimento favorável do luto; e (ii) o fato de esta pesquisadora ter tido a oportunidade de ser a ghostwriter de uma história incomum: a de um transexual que decidiu realizar a cirurgia para mudança de sexo e resolveu escrever sobre sua experiência de modo a transformar sua dor em narrativa. Nos dois casos as narrativas parecem ter sido decisivas para transformar vidas. Nos dois casos, a empatia do(s) interlocutor(es) foi fundamental para que se promovessem o que chamo livremente de efeitos curativos. Parte-se da compreensão de que cada ato de fala pode ser entendido em sua riqueza apenas se inserido no contexto mais amplo de sua produção, o que compreende verificar, no caso dos fragmentos apresentados, a emergência de discursos sobre doença, morte, perda, sexualidade, que atravessam nossa cultura e se materializam nas falas dos interlocutores. Entende-se que os efeitos curativos e o empoderamento identitário não podem ser explicados unicamente através da narrativização das histórias pessoais de dor e sofrimento, mas igualmente entende-se que é preciso compreender melhor o movimento de linguagem que é acionado nessas situações específicas, para que se avalie como se pode otimizar a linguagem em processos semelhantes, em que transformar uma dor em narrativa pode ser condição de sobrevivência. Concluo com algumas considerações a respeito do quanto tais narrativas podem ser consideradas atos de fala com efeitos curativos capazes de promover vida e reconstruir identidades e o quanto atuam independentemente no processo de enunciação. A principal perspectiva teórica adotada é a teoria dos atos de fala de Austin (1975), combinada com debates recentes sobre identidade, e reflexões sobre as relações entre linguagem, literatura, narrativa e saúde promovidas pelo GENAM<sup>1</sup>.

**Palavras-chave:** ato de fala, cura, discurso, identidade, linguagem, narrativa

**Abstract:** Through the analysis of narratives on sorrow and pain, this paper attempts to verify the extent to which speakers seem to find relief and internal resources to rebuild their lives within their own processes of narration. The proposed reflections derive from two correlated experiences: (i) observing speeches of parents belonging to a group that supports grieving parents. These speeches led to a favorable mourning development; and (ii) the fact that the researcher had the opportunity to act as a ghostwriter of an unusual story: the one involving a transsexual who decided to undergo sex reassignment surgery and write about the experience to transform her pain into narrative. In both cases, the narratives seem to have been critical to transform their lives. In both cases, the empathy of the interlocutor(s) was fundamental to promote what I freely call "curative effects". The starting point is the perception that each speech act can be understood in its wealth only within the broader context of its production. This includes checking – for the case of the fragments presented – the appearance of discourses about illness, death, loss, sexuality, which permeate our culture and get materialized into the speeches of the interlocutors. It is understood that curative effects as well as identity empowerment cannot be explained solely through the narrativization of personal stories about sorrow and pain, but it is equally understood that one needs a widely-held comprehension about the language movement that is enabled in those specific situations as to evaluate how language can be optimized in similar processes where transforming pain into narrative can be a matter of survival. My conclusion makes a few considerations on how these narratives can be deemed speech acts with curative effects that can promote life and reconstruct identities and how they act independently within the enunciative process. Austin's (1975) speech act theory is the main theoretical prospect adopted, in a combination with recent debates about identity and reflections over the relations involving language, literature, narrative, and health promoted by GENAM, the Narrative and Medical Science Study Group of the University of São Paulo, Brazil.

**Keywords:** Speech Act, Cure, Discourse, Identity, Language, Storytelling

---

<sup>1</sup> Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo, Brasil).



## Introdução

Este trabalho se desenvolve no âmbito de três experiências intimamente relacionadas, duas delas no âmbito acadêmico; a terceira relacionada à minha experiência de vida, que antecede as duas primeiras e as sustenta. A terceira experiência, cronologicamente anterior às demais, se refere ao fato de eu ter vivido o câncer e a morte de minha filha Helena, aos cinco anos, em 1997. A história dessa vivência, que foi narrada em meu livro *Ensaio de Helena*, publicado em 2006 e republicado em 2010 em versão bilíngue, é a prova viva dos efeitos transformadores da linguagem sobre o seu enunciador, no caso eu mesma. Ao contar a história, dela me apropriei, a ela me integrei profundamente, aceitando os seus efeitos avassaladores e irreversíveis, mas também promissores, graças ao desejo de sobreviver que a narrativa projeta e sabe alimentar. A história continua a ser contada e recontada até hoje, sendo este artigo nada mais do que o recontar contínuo e não repetitivo da mesma narrativa, neste momento revestida das exigências do âmbito profissional acadêmico.

A primeira e a segunda experiências sobre as quais se apoiam este trabalho são respectivamente o projeto “Abordagens Pragmáticas sobre a Linguagem”, que conduzo na Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da UNIFESP, no curso de Letras, desde 2011; e a participação, desde 2012, como pesquisadora do GENAM (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina), conduzido pela professora Fabiana Carelli no curso de Letras da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, e pelo professor Carlos Eduardo Pompilio, da Faculdade de Medicina da USP. O projeto na UNIFESP, que consiste, entre outras ações, na implantação da disciplina linguística intitulada Pragmática, que entende a linguagem como ação, oferece os subsídios linguísticos para a compreensão dos efeitos curativos da linguagem nos contextos de saúde/doença e dá as bases para a compreensão do que seja ato de fala curativo. As pesquisas do GENAM, por sua vez, focalizadas no estudo da narrativa em contexto de saúde/doença do ponto de vista da teoria literária, oferecem os subsídios para compreender a importância da metáfora como elemento estruturante do ato de fala curativo.

## Noções norteadoras

Antes de mostrar os movimentos de linguagem que atestam seus efeitos curativos nos casos em análise, ou seja, (i) as falas/narrativas de mães/pais pertencentes a um grupo de apoio a pais enlutados; falas tais que promoveram um desenvolvimento favorável do luto; e (ii) a narrativa de Andrei-Susan, um transexual que decidiu realizar a cirurgia para mudança de sexo e resolveu escrever sobre sua experiência de modo a transformar sua dor em narrativa<sup>2</sup>, convém alinhar como entendo as noções teóricas centrais que sustentam o que aqui se desenvolve:

**Narrativa:** para falar de narrativa, inspiro-me nas reflexões de Walter Benjamin<sup>3</sup>. Para ele, a narrativa nasce da experiência que passa de pessoa a pessoa, e que é a fonte a que recorrem todos os “verdadeiros” narradores. Segundo o autor, entre as narrativas escritas, as melhores são as que menos se distinguem das histórias orais contadas pelos inúmeros narradores anônimos. A natureza da narrativa traz em si uma dimensão utilitária, que pode ser um ensinamento moral, uma sugestão prática, uma norma de vida. O narrador sabe “dar conselhos”. Hoje, dar conselhos, ato entendido como a transmissão de uma sabedoria tecida na substância viva da existência, deixou de ser uma prática valorizada porque as experiências deixam de ser comunicáveis. E esse processo tem a ver com o desenvolvimento concomitante das forças produtivas. A narrativa é gradualmente expulsa do discurso vivo, o que é reforçado pelo crescimento das publicações impressas e

<sup>2</sup> Reforço o fato de esta pesquisadora ter sido a *ghost writer* da história. As consequências disto serão explicitadas adiante.

<sup>3</sup> Benjamin, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo, Brasiliense, 1994, p. 197-221.

das práticas editoriais que valorizam o livro e o romance em detrimento de outros meios e formas de contar histórias.

A narrativa que consideramos aqui, portanto, aproxima-se da experiência ancestral de contar e trocar histórias de vida e buscar comunicá-las; independe do gênero discursivo ou textual em que é construída; e, mesmo que registrada de forma escrita, não se distancia da experiência viva de seu narrador.

Para Benjamin, a propriedade curativa é intrínseca à narrativa, o que aproxima sua perspectiva da perspectiva pragmática, que entende a linguagem como ação e, portanto, suscetível de gerar efeitos bem concretos nos interlocutores. Em *Rua de mão única* (s/d), em breve trecho intitulado “Conto e cura”, lê-se:

A criança está doente. A mãe a leva para cama e se senta ao lado. E então começa a lhe contar histórias. Como se deve entender isso? Eu suspeitava da coisa até que N. me falou do *poder de cura singular que deveria existir nas mãos de sua mulher*. Porém, dessas mãos ele disse o seguinte: – Seus movimentos eram altamente expressivos. Contudo, não se poderia descrever sua expressão... Era como se contassem uma história. – *A cura através da narrativa, já a conhecemos das fórmulas mágicas de Merseburg. Não é só que repitam a fórmula de Odin, mas também relatam o contexto no qual ele as utilizou pela primeira vez*. Também já se sabe como o relato que o paciente faz ao médico no início do tratamento pode se tornar o começo de um processo curativo. Daí vem a pergunta se a narração não formaria o clima propício e a condição mais favorável de muitas curas, e mesmo se não seriam todas as doenças curáveis se apenas se deixassem flutuar para bem longe – até a foz – na correnteza da narração. Se imaginamos que a dor é uma barragem que se opõe à corrente da narrativa, então vemos claramente que é rompida onde sua inclinação se torna acentuada o bastante para largar tudo o que encontra em seu caminho ao mar do ditoso esquecimento... *É o carinho que delinea um leito para essa corrente*. (p. 269) (meus grifos)

Do excerto se podem fazer algumas considerações importantíssimas:

- A de que a linguagem verbal, no ato de narrar com efeitos curativos, não se desenvolve sozinha, ou seja, sem linguagens não verbais que a ela venham se integrar para promover o efeito curativo; sem o contexto (que recupera elementos da história dos interlocutores); ou sem interlocutores envolvidos (e, em muitos casos, autorizados pela cultura a dotarem sua fala, ou sua capacidade de escuta, de um poder especial, como no caso de Odin, da mãe que conta a história para o filho, e do médico). Os trechos em *itálico* atestam esta consideração.
- A de que o movimento narrativo em contexto de doença é contínuo e promove deslocamentos imaginários no tempo a ponto de o sujeito poder retornar a uma espécie de passado sem dor (“[...] não seriam todas as doenças curáveis se apenas se deixassem flutuar para bem longe – até a foz – na correnteza da narração”) ou habitar um futuro também sem dor por meio da felicidade de poder esquecer a própria dor (“[...] largar tudo o que encontra em seu caminho ao mar do ditoso esquecimento”).

Ao que nos diz Benjamin, acrescento um aspecto fundamental no que se refere às narrativas proferidas pelo doente ou pelo sujeito que enuncia/narra para promover sua própria cura: não se trata necessariamente de narrativas estruturadas de modo convencional, com começo, meio e fim, mas frequentemente de fragmentos que ora se juntam, ora se distanciam, que refletem de um modo ou de outro o corpo caótico que sofre, e cuja coerência precisa ser construída na e durante a interlocução.

**Ato de fala:** a noção teórica de ato de fala, por sua vez, é aqui compreendida da perspectiva do filósofo da linguagem John L. Austin<sup>4</sup>. Para Austin, a linguagem não é simples representação de uma realidade externa ao sujeito, já que, para o autor, o sujeito é indissociável da linguagem que produz. Ao tomar a palavra, o sujeito faz mais do que traduzir uma realidade qualquer, ele realiza uma ação integrada a um mundo palpável e contingencial, em que sujeitos concretos, de

<sup>4</sup> Austin, J.L., *How to do Things with Words*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1975.

carne e osso, buscam na e pela linguagem marcar posições, defender interesses, consolidar identidades, e, no caso das narrativas em pauta, promover equilíbrio e cura. Toda fala é, portanto, performativa, daí a noção de ato de fala.

Cabe aqui uma observação fundamental sobre o sujeito falante em Austin. Sua constituição como sujeito de linguagem só se concretiza porque há interlocutores concretos e situados que garantem a apreensão do enunciado performativo. A esse processo de assegurar a apreensão Austin chama de “*securing uptake*”. É, portanto, o *uptake* que dá aos falantes sua condição de sujeitos de linguagem. É o *uptake* que controla os significados produzidos, e não um sujeito empírico idealizado e intencional. Dessa forma, não há simetria perfeita entre os atos de fala e seus efeitos. A cada situação de fala, mesmo que com enunciados linguisticamente idênticos, e a depender do *uptake* realizado, a performatividade dos enunciados irá divergir. Nos contextos de saúde e doença, se pensarmos na narrativa como ato de fala curativo, como é o que propomos neste trabalho, entenderemos que seu fim utilitário, na acepção de Benjamin, ou seus efeitos curativos, passam necessariamente pela interpretação dos sujeitos envolvidos. Depreende-se que o efeito curativo, para ser alcançado, depende de os sujeitos (ou interlocutores) envolvidos ajustarem os interesses para que de fato o efeito ocorra. Por isso é que a narrativa da mãe para o filho doente pode surtir efeito curativo, pois os interesses e a atenção estão voltados a esse fim. As fórmulas mágicas a que se refere Benjamin não fariam efeito sem o comprometimento dos interlocutores durante o proferimento. A não ocorrência dos efeitos curativos por falta de engajamento no ato é uma das causas do que Austin chama de ato de fala infeliz.

Importa ressaltar que a noção de contexto está implicada na noção de *uptake*, na medida em que não se pode falar em interlocutores sem compreender não apenas o momento/lugar em que se dá a interlocução, mas, sobretudo, os tempos e os lugares históricos que atravessam o dizer, e que podem vir de longe. E nesse ponto é possível estabelecer um paralelo interessante entre o que Benjamin nos diz a respeito dos interlocutores e do contexto e a noção de *uptake*. No breve texto “Conto e cura”, referindo-se às narrativas curativas, Benjamin diz que “*Não é só que repitam a fórmula de Odín, mas também relatam o contexto no qual ele as utilizou pela primeira vez*”, evidenciando-se a importância da história que consolidou o uso das fórmulas e que lhes atribui o poder. Da mesma forma, em “*É o carinho que delinea um leito para essa corrente*”, evidencia-se o papel dos interlocutores e sua importância como sujeitos envolvidos, atentos, empáticos, de modo a que se processe a cura.

As breves análises que se seguem nos mostram que os sujeitos que se entrelaçam e entrelaçam suas histórias em contextos de saúde, doença e afins, nos quais o corpo sofre a anseia por alívio, passam a entender que o corpo doente, caótico, é o lugar em que dicotomias tais como doença vs saúde, vida vs morte, paciente vs médico, homem vs mulher, etc, deixam de fazer sentido. O corpo doente ou em desequilíbrio e desencadeador de histórias é o lugar onde novas relações podem começar a existir e onde o tempo se transfigura em um tempo sempre presente da narrativa contada e por contar.

**Cura:** fundamental explicitar o que se entende por cura, dada a diversidade de sentidos que a palavra traduz. Entendemos a palavra cura em sua tradição milenar, de origem grega e latina, ligada ao cuidado de si, que difere das tradições da prática clínica e terapêutica, que, de modo geral, entendem cura como restabelecimento. Para a tradição médico-filosófica do cuidado de si, a cura não equivale a um retorno a um estado anterior, mas implica o estabelecimento de uma forma e uma experiência totalmente novas<sup>5</sup>. A cura, nesse sentido, envolve principalmente a transformação da pessoa, além de, e se for o caso, a remoção de uma doença. Nos diz Dunker, 2011:

---

<sup>5</sup> Dunker, C.I.L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo, Anna Blume, 2011.

[...] a relação entre a medicina convencional de Hipócrates, Asclépio ou Empédocles não se confunde com a medicina filosófica do cuidado de si. Entre elas, a distribuição não se dá entre aqueles que se encarregam do corpo e aqueles que se dedicam à cura da alma, posto que, para as diferentes escolas, o cuidado de si incluía o cuidado do corpo. Aqui se trata do cuidado com a relação que o sujeito mantém com seu corpo, e não o cuidado direto com o corpo. Isso inclui tanto o corpo como agente de uma ação quanto o corpo que é paciente de uma afecção. Nem sempre é o corpo acometido pela doença, uma das circunstâncias possíveis pode ser o corpo que envelhece, que se cansa, que se ocupa com satisfações e restrições; o corpo como primeiro bem que pode dispor, usar ou emprestar ao outro. Ou seja, o corpo considerado segundo uma economia do gozo, uma *ars* erótica. (p. 211-212)

Neste artigo, a cura é entendida, na esteira desta tradição, como tipo de relação permanente consigo, e pela qual o sujeito é responsável. O que está em causa aqui são as condições sócio-históricas pelas quais um sujeito toma a palavra e pode enunciar de acordo com uma forma de vida que ele pode e deseja assumir. Essas condições precisam ser construídas pelo sujeito; trata-se da sua verdade que a narrativa de si irá consolidar. Observe-se que é nesse escopo que surge a ideia fundamental de que, nos contextos que envolvem saúde e doença, o paciente também pode ser o agente de cura, o que exige empenho e coragem.

De acordo com o que se esboçou a respeito do que seja a linguagem enquanto ato e a importância dos interlocutores e do contexto para que o ato de fala curativo se realize, convém ressaltar que a narrativa que o sujeito enuncia no empenho curativo, e pela qual é responsável, não se constrói sozinha. Não há sujeito todo-poderoso que empreenda isoladamente a cura de si. Nas narrativas a seguir poderemos observar que o contexto favorável e interlocutores empáticos são constitutivos da felicidade do ato de fala de efeito curativo, ou, simplesmente, ato de fala curativo.

## Objetivo

Esboçado o panorama geral, chego ao objetivo deste artigo. Interessa-nos distinguir nas narrativas das mães enlutadas e na narrativa de Andrei-Susan, que se destacam pelas fortes experiências de vida relacionadas à dor manifesta no corpo, qual sua força enquanto ato transformador que promove cura. Como dissemos, propomos a possibilidade de se pensar em ato de fala curativo, que encontraria sua expressão máxima na narrativa de si, ou seja, nas narrativas que relatam a vivência de uma experiência de dor. O ato de fala curativo teria a propriedade de, voltando-se primeiramente ao sujeito que enuncia, transformá-lo no instante mesmo da enunciação, de modo a promover no sujeito algum sentido de equilíbrio e bem-estar advindo da própria possibilidade de enunciar.

Compreende-se que o ato de fala curativo, estruturado como narrativa de si, não se realiza enquanto tal sem o envolvimento de um interlocutor empático e sem o contexto adequado/propício à sua formulação.

## As narrativas de pais enlutados

Os participantes do grupo de apoio a pais enlutados, de cujas reuniões foram extraídas as narrativas alvo deste estudo<sup>6</sup>, se encontram mensalmente desde 2003. À época do encontro do qual foram extraídos os breves relatos que seguem (fevereiro de 2007), o grupo era formado por quinze mães e um pai enlutados. A prática do grupo se repete em cada encontro. Os presentes se reúnem para conversar sobre a vivência que tiveram, sobre os sentimentos que os monopolizam – de vários tipos, em meio à dor comum – e sobre as formas que cada um deles encontra de sobreviver à dor da perda do filho. O grupo de apoio a pais enlutados da AHPAS<sup>7</sup> surgiu com o objeti-

<sup>6</sup> Ver estudo completo em PICCARDI, T. Research on Curative Speech Acts Observed through a Long-Term Initiative Involving Young Cancer Patients and Grieving Parents in São Paulo, Brazil. In: Bev Hogue; Anna Sugiyama. (Org.). *Making Sense of Suffering: Theory, Practice, Representation*. 1 ed. Oxford: Inter-Disciplinary Press, 2011, v. 1, p. 103-110; e em PICCARDI, T. Relatos de pais enlutados: a dor posta em discurso. *Revista ALPHA*, ano 9, n. 9, nov. 2008.

<sup>7</sup> AHPAS – Associação Helena Piccardi de Andrade Silva – [www.ahpas.org.br](http://www.ahpas.org.br).

vo de ser um espaço de expressão para esses pais, que de outra forma não teriam onde, nem como, “colocar para fora” seus sentimentos. Observa-se que, independentemente do extrato social, os pais enlutados não encontram espaço de expressão em meio a familiares e amigos, que se calam ou mudam de assunto a cada tentativa desses pais de manifestarem sua dor, seja através de palavras, seja através do choro ou outra manifestação física da dor. Trata-se da ausência de contexto social e interlocutores empáticos que favoreçam o *uptake* adequado de que falamos anteriormente, o que o núcleo conseguiu criar.

Sem caráter terapêutico em sentido estrito, nem tampouco religioso, sobressai-se o caráter simbólico do trabalho. O conjunto de relatos nada mais é do que uma forma de ressignificar o evento mais traumático da vida de cada um dos participantes. Nesse sentido, as falas individuais constituem-se como narrativas de vida e morte, que se costuram às narrativas de vida e morte dos demais membros do grupo, e que emergem entrelaçadas como uma grande tentativa de transformar a dor em caminhos de “superação”.

Todas as mães e o pai presentes nas reuniões relatam sua dificuldade principal: a falta de ouvintes para suas histórias, para as histórias de vida e morte de seus filhos. Reclamam que a vida segue, em pouco tempo as pessoas se esquecem dessas crianças que se foram, e os pais ficam sós, sem ter com quem falar, sem ter quem ouça as histórias inesquecíveis que constituem a vida de cada filho morto. Todos sentem que fotos e objetos são a lembrança imediata, todos se apegam a eles porque é difícil compreender a irremediável separação física. Assim tais objetos consolam e revigoram, ao encarnarem uma presença física ainda necessária para que a vida faça sentido em seu aspecto mais imediato: o da necessidade de sobrevivência subsequente à perda. Por outro lado (e isto relatam os pais que vivem o luto há mais tempo), os perfumes que surgem sem explicação, ou mesmo sons inesperados, que podem ser um canto de pássaro, uma música especial, são todos sinais de que para além da morte inexplicável há vida, a vida de seus filhos que pulsa em outro nível e que envia sinais de sua espetacular existência.

De uma forma ou de outra, os relatos que incorporam experiências diretas e indiretas que atestam uma vida após a morte são o eixo da narratividade que os entrelaça. Seja por meio de metáforas sinestésicas, seja por meio de imagens de seres de outras existências habitando as experiências de pré-morte e morte, seja pela construção de imagens que descrevem o apego inicial a objetos materiais que fazem a ponte entre uma existência física e outra, não física, todos os relatos caminham na direção da ressignificação do sentido da vida por meio da narrativização da morte e do morrer.

Vejamos o que ocorre em dois dos trechos escolhidos. Os nomes são fictícios e as idades aproximadas. As narrativas têm em comum a construção da metáfora sinestésica que relaciona cheiros e presença, no âmbito físico e metafísico, e que se configurou como uma metáfora importante na construção da narrativa curativa.

Beatriz (45), dona de casa, conta sobre Edson, seu filho de 23 anos, morto com câncer após meses de luta. As saudades são amenizadas pelo cheiro do filho que impregna sua casa:

Sinto a presença de meu filho em casa, todos os dias. Seu cheiro está em todo lugar. Sinto às vezes um perfume mais forte, o perfume que ele usava, que aparece em casa sem nenhuma explicação, forte, sei que é o Edson que está presente e vem me consolar. Entro na cozinha, sinto o perfume, vou até a sala, sinto o perfume. Ele me acompanha e me ajuda a matar a enorme saudade que sinto...

Sua fala é interrompida pela fala do casal, já idoso, Roberto e Eliana (ambos com mais de 80 anos), que perdeu duas filhas em situações distintas, uma com 25 e outra com 43 anos. Diz Roberto (o único homem do grupo):

Muitas vezes chegamos em casa e sentimos um perfume de rosas, um maravilhoso perfume de rosas... Só que não temos roseiras em casa, não há como explicar o perfume que sentimos. Sabemos que nossas filhas estão próximas, elas nos fazem sentir esse perfume, é o sinal de que estão vivas,

de alguma forma, e esse perfume é o sinal que mandam para nos dizer isso, que estão vivas, e que estamos próximos, muito mais próximos do que se pode pensar...

As narrativas brevemente apresentadas empreendem um duplo movimento: (i) por um lado revelam um sofrimento provocado por uma falta que não poderá ser suprimida; (ii) por outro, e ao mesmo tempo, se articulam como construção simbólico-imaginária que funciona como uma resposta a essa falta. A resposta à vivência traumática e desoladora da perda do filho é o próprio processo de narrar. No conjunto, as narrativas enunciadas no grupo recorrem insistentemente a dois eixos temáticos: (i) o apego a objetos e fatos do mundo que lembram o filho morto e que remetem a um corpo que já não se pode tocar; e (ii) a vida após a morte e, mais especificamente, as sensações permanentes, nesta vida, que indicam a existência da outra.

Vejam os outros exemplos.

Gertrudes, na época com 42 anos, dona de casa, muito pobre e com muito pouca escolarização, separou-se do marido em função dos problemas de relacionamento que se potencializaram com a doença do filho de quatro anos, falecido também com câncer, havia dois meses. Gertrudes contou o momento do óbito, com lágrimas nos olhos e a voz embargada, e nos oferece um exemplo de relato em que a experiência da possibilidade de uma vida após a morte pode eventualmente também ressignificar a difícil relação que Gertrudes tinha com o marido:

Vitor estava deitado na caminha, muito fraquinho. A gente tinha voltado do hospital depois que a médica disse que era melhor ele ficar em casa, no cantinho dele, e era tudo o que o Vitor queria mesmo... Mas eu fiquei com medo de tirar ele do hospital porque se ele morresse no caminho eu não ia saber o que fazer, sozinha com ele... Mas no fim aconteceu diferente. Pude colocar o Vitor na sua cama, então, como dizia, foi quando ele me chamou e disse que estava vendo um homem na parede e que ele era bom, não dava medo. Me pediu para olhar só que eu não via nada. Vitor estava tão tranquilo, parecia que o sofrimento tinha acabado. Eu fiquei com ele nos meus braços na cama, tentando ver o tal homem. Foi quando o pai dele chegou, esse homem que nunca me deu apoio, nem ao filho... chegou na hora de ver o filho morrer...

Sonhos com os filhos também são recorrentemente relatados e apreendidos como experiências de contato “real”, numa fase do luto em que o apego ao material é muito importante. Tal qual o apego aos objetos da criança morta, que funciona como espécie de elo entre esta vida e a “outra”, o sonho também aparece como representação desse elo, ainda com mais intensidade, devido à força da história vivida em sonho. O sonho apresenta-se como a narrativa dentro da narrativa. Relatá-lo acrescenta elementos valiosos à experiência de ressignificação pela palavra. Vejam o exemplo de narrativa de Telma, 47 anos, cuja filha Elena faleceu com câncer aos cinco anos. Telma nos contou o sonho que teve meses após a morte de sua criança:

Foi tudo muito real. Elena estava no meu colo e eu podia sentir sua pele, seu cabelo, até seu hálito e o cheiro de seus cabelos. Eu podia acariciar e beijar, era como se Elena estivesse viva! Acordei de repente, demorei pra perceber que eu tinha sonhado... Não me importei quando vi que tinha sido um sonho, porque eu estava me sentindo tão bem! Parecia que meu coração ia explodir de alegria, porque eu tinha sentido minha filha, eu então soube que ela estava bem e quis que eu soubesse disso...

O simbólico-imaginário instaurado nessas narrativas por meio dessas tematizações – que devem ser compreendidas como parte da cultura brasileira, impregnada de religiosidade, e para a qual a morte do filho é tema-tabu – funciona como um meio de transformar o lugar da impossibilidade (o lugar da morte) num lugar acessível, onde está o filho morto, que ainda se comunica e ainda se pode sentir. Desta forma, o incompreensível ganha contornos compreensíveis. A narrativa de dor funciona como um modo de enfrentar a impossibilidade, reconhecer a impotência, e, quando o luto finalmente termina, aceitar a perda. Os fios desse tipo de narrativa são os fios que, pouco a pouco, reposicionam esses pais na esfera da trivialidade e da vida regular.

## A história de Andrei-Susan

Andrei e Susan são os nomes fictícios que dei ao personagem central e coautor de uma história comovente de enfrentamento e transformação. Desde jovem lutando contra um corpo masculino que não refletia sua alma feminina, Andrei, aos 50 anos, após a realização da cirurgia para mudança de sexo que o transformou em Susan, encontrou na possibilidade de narrar um caminho de equilíbrio.

Em 2011, fui convidada por ele-ela a ser coautora e porta-voz de sua história; a buscar a sua palavra na minha; a viver um pouco em meu próprio corpo o seu sofrimento, tão distante dos meus. Criei, com Susan-Andrei, durante o seu narrar em encontros semanais realizados naquele ano, em sua casa-estúdio (Andrei-Susan é artista plástico/a) ou ambiente de trabalho (Andrei-Susan é coproprietário/a de uma loja de quadros), a empatia necessária à realização da narrativa curativa intitulada *A escultora de si*.

A construção dessa narrativa está inicialmente atrelada à questão da construção de uma identidade sexual, entendida ao mesmo tempo como uma questão da ordem do “querer ser”, uma questão da ordem do desejo; e uma contingência dos dias atuais, em que as identidades se apresentam como instáveis, sujeitas a transformações, e precisam construir-se a si mesmas a todo momento a fim de se preservarem enquanto tais. Por mais que os discursos atuais assegurem hoje a valorização da heterogeneidade e da diversidade, inclusive sexual, ainda assim o sujeito ambíguo sexualmente sofre fortes coerções para que se autodesigne e seja, assim, identificável.

O que as falas atuais não dizem sobre a construção identitária sexual é que o sofrimento físico promovido pelo esforço de engendrar uma identidade, e que está presente no relato de Andrei-Susan, é imenso. Os discursos atuais não dizem também que o “querer ser” pode ser mais do que um desejo, mas uma demanda concreta que vem do corpo e se volta para esse corpo, o que também aparece no texto de Andrei-Susan. Sua história relatada nos traz elementos novos para o estudo da construção identitária em discurso, já que todo o processo de Andrei-Susan assenta-se no corpo que sofre e se transforma e que enfrenta a todo momento a ameaça de não ser aceito e, sobretudo, a ameaça de descaracterizar-se enquanto corpo desejado, já que depende de medicação e intensos exercícios físicos para manter-se um corpo feminino.

O corpo que sofre e sente dor luta para manter-se íntegro, ainda que a noção de integridade física subjacente seja, tal qual a noção de identidade, instável. Observa-se, ainda, que o sujeito (que ora é o narrador, ora é o personagem central) afirma sua identidade reprimindo uma ameaça que não é apenas externa, mas que, ao menos da forma como o texto se constrói, é da ordem do interno, da ordem das entranhas:

Tudo começou com uma falta. Uma falta profunda e incompreensível. Alguns estudiosos da transexualidade falam em “corpo aprisionado”, imputando ao corpo masculino o cargo de carcereiro da essência feminina. Ocorre que Andrei não se sentia num corpo aprisionado, mas num corpo em falta, num corpo atravessado pela ausência de si. Um corpo aprisionado pressupõe um corpo completo, um corpo inteiro, com partes integradas. No entanto, incompletude era o que marcava a existência daquele corpo em mutação que só ganharia inteireza ao nomear-se Susan Grey.

Pode-se dizer ainda, a respeito da construção identitária em elaboração na narrativa de Andrei-Susan, que, ao problematizar o que é da ordem do corpo transexual, a narrativa subverte as noções que têm circulado a respeito do que seja a identidade transexual, na medida em que a despolitiza:

Acompanhou um pouco pelos jornais a comemoração de gays, transexuais, travestis, cross-dressers, drag queens, drag kings e grupos representativos quando se divulgou a oficialização da união homossexual no Brasil. Acha válida a intenção de regularizar e homogeneizar relações e bens, pondo tudo na caixinha do sistema jurídico, tudo garantido, tudo preservado. Mas ela mesma prefere manter-se à margem. Subverter e subverter-se é o seu estilo de vida. Sabe que não há garantias, não há lugar seguro. Não quer casar. Ainda assim, contraditoriamente, espera um lugar

seguro no amor, um lugar que não se define por papéis e leis, um lugar em que vínculos se aprofundam e se eternizam sem risco de dor e rejeição. Susan é romântica.

Se, por um lado, a narrativa de Andrei-Susan subverte ao despolitizar-se, por outro, ao constituir-se, sobretudo como narrativa de um sujeito clivado, que reconhece sua divisão interna, a narrativa é capaz de introduzir um gesto político sutil, imiscuído de caráter religioso, o que se evidencia pela introdução da epígrafe bíblica a seguir, escolhida por Andrei-Susan, que antecede todo o texto: “Quando a energia guardada no grão de mostarda mostrar-se ao mundo, nem mais o grão, nem mais o mundo serão os mesmos”. Antecipa-se, assim, a ação de um sujeito que, ao narrar, se mostra, se transforma e transforma o outro, ação política por natureza. Preveem-se, dessa forma, efeitos que dependerão do *uptake* levado a cabo pelos leitores. Andrei-Susan deixa em aberto o que espera desses futuros leitores: solidariedade, aceitação, sensibilidade? Mas parece não deixar dúvidas quanto ao que pretende para si, como narradora e dona de sua fala:

Como se lesse minha mente e enquanto tonalizava um vermelho acrescentando mais amarelo à mistura, disse que sabia que viveria para sempre num mundo paralelo, solitário e inacessível. Ainda assim, se sentia cada vez mais à vontade como Susan Grey, embora não assinasse telas e fosse autora de uma obra só. Única, definitiva e em eterno acabamento. A transexualidade é um processo que não termina nunca.

Esse futuro que a palavra ajuda a construir é um futuro em que Andrei-Susan está fortalecido/a, como resultado de um processo de aceitação de sua transexualidade singular que culmina na elaboração da sua narrativa. Para Andrei-Susan, sua narrativa não tem fim, porque a dor não cessará:

Susan não se ilude quanto à felicidade, sabe que é processo dolorido e sem fim, uma ilusão amarga travestida de doce, que empurra o ser para o olho de seu próprio furacão.

Mas trata-se de uma dor que qualifica, que faz Andrei-Susan sobressair-se, mesmo sem ser reconhecido:

Sou um pássaro que voou mais alto que os outros. Ele não fica visível.

Observe-se que o efeito curativo dá-se em função do enunciar constantemente o processo de transformação e admitir que está valendo a pena, mesmo com dor. Não há um ponto de chegada. O trabalho do narrador é incessante. O texto de *A escultora de si* foi concluído, mas não a narrativa de Susan-Grey, instalada antes do texto, poderosamente articulada durante o texto e continuada depois do texto.

O relato de sofrimento e transformação de Andrei-Susan retrata um caso atípico nos discursos sobre transexualidade, pois *A escultora de si* não é uma narrativa *sobre* a transexualidade, mas a narrativa *de* um transexual que se assume coautor e imprime à sua fala a autoridade advinda da autoria. *A escultora de si* não retrata uma identidade acabada apropriada por vozes de terceiros, mas põe em cena a voz de quem traz em si vozes não audíveis nos discursos que mais circulam sobre transexualidade. O contar a própria história significa apropriar-se da linguagem para compartilhar uma experiência, tornar comunicável o que parece incomunicável, e, pela narrativa, agenciar a própria fala de modo a realizar uma ação concreta no mundo ao afirmar a singularidade de uma experiência de vida.

## Considerações finais

Tanto no caso dos relatos de pais enlutados, como no caso da narrativa de Andrei-Susan, a dor em discurso é processo ativo. Diferentemente do que comumente se pensa a respeito da dor e do sofrimento, ambos não tornaram os sujeitos passivos. Sua dor os torna agentes, embora num âmbito restrito: no caso dos pais enlutados, no âmbito do grupo de apoio; no caso de Andrei-Susan, que não deseja ingressar em grupos militantes, no âmbito da interlocução com a coautora

de sua história (eu mesma). Nos dois casos, observa-se a importância do interlocutor empático e do contexto promotor de suas falas. Embora os autores das narrativas sejam eles mesmos responsáveis pela afirmação e agenciamento da própria dor, é da interlocução que vem a resposta necessária que sustenta a afirmação e concretiza a agência. Entenda-se agência como um certo agir humano necessário à própria sanidade e/ou manutenção do equilíbrio e que não se dá fora da relação com os demais. Asad (2000) nos diz: “The ability to live sanely after a traumatic experience of pain is always dependent on the responses of others”<sup>8</sup> (p. 43).

A importância dessas narrativas como relatos de enfrentamento é o seu caráter ativo. Trata-se de ressignificar uma realidade, ou agenciar a construção de uma nova realidade a partir da dor que, em discurso, deixa de ser causa de uma ação para se tornar a ação em si mesma. O sujeito que enuncia parece mover-se impulsionado por um instinto de sobrevivência que tem expressão linguística, e nasce e se alimenta de linguagem, entendida como interlocução entre pessoas ancoradas num tempo e lugar. Desta forma, reforço, o enunciar/narrar com efeitos curativos pressupõe a existência de ao menos um interlocutor que estimule e seja receptivo à fala. Havendo interlocução empática, a narrativa curativa consolida-se como ato de fala curativo feliz, de acordo com terminologia de Austin, na medida em que estrutura uma dada vivência por meio da aceitação e compreensão de um passado, ao mesmo tempo em que, projetada no futuro, antecipa e constrói um futuro.

No caso do grupo de apoio a pais enlutados em pauta, os interlocutores são também pais enlutados, assim como as próprias coordenadoras do grupo (sou uma delas). O histórico comum cria uma base reconhecível sobre a qual a dor pode ser expressa sem censura. E é na interlocução que os fios das narrativas são tecidos, é na interlocução que significam e atuam performativamente na reconstrução do sentido da vida.

Tanto as narrativas dos pais enlutados, como a narrativa de Andrei-Susan, podem ser entendidas como narrativas motivadas pela dor que materializam, sob a forma de textos (orais ou escritos), uma ação curativa sobre o sujeito que narra/enuncia. O efeito curativo é constitutivo deste tipo de narrativa, sendo capaz de deslocar o sujeito das margens para o centro de sua própria história.

## Agradecimentos

A pesquisa de Tatiana Piccardi na EFLCH/UNIFESP é apoiada pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), Projeto “Abordagens Pragmáticas sobre a Linguagem”, Processo 2010/51253-8.

---

<sup>8</sup> A habilidade de viver de modo são depois de uma experiência traumática de dor é sempre dependente das respostas dos outros. ASAD, T. Agency and Pain: An Exploration. *Culture and Religion*, vol. 1, 2000, p. 29-60.

## REFERÊNCIAS

- Asad, T. (2000). "Agency and Pain: An Exploration". *Culture and Religion*, 1, 29-60.
- Austin, J. L. (1975). *How to do Things with Words*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Benjamin, W. (1994). *O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Lesko "Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura"*. São Paulo, Brasiliense.
- (1994) *Rua de mão única*. 2.ed. São Paulo, Brasiliense, s/d.
- Butler, J. (1997). *Excitable Speech: A Politics of the Performative*. Routledge, New York.
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo, Anna Blume.
- Murray, P. (2003). "Reflections on living with Illness, Impairment and Death". *Disability & Society*, 18(4), 523–526.
- Piccardi, T. (2011). "Research on Curative Speech Acts Observed through a Long-Term Initiative Involving Young Cancer Patients and Grieving Parents in São Paulo, Brazil". In: Bev Hogue; Anna Sugiyama. (Org.). *Making Sense of Suffering: Theory, Practice, Representation* (vol. 1, pp. 103-110). Oxford: Inter-Disciplinary Press.
- (2008). "Relatos de pais enlutados: a dor posta em discurso". *Revista ALPHA*, 9(9).

## SOBRE A AUTORA

**Tatiana Piccardi:** Tatiana Piccardi possui doutorado em Filologia e Língua Portuguesa pela USP (São Paulo, Brasil) e pós-doutorado em Linguística pela Unicamp (Campinas, Brasil). É cofundadora e presidente da AHPAS (Associação Helena Piccardi de Andrade Silva), organização de apoio sociofamiliar a crianças e adolescentes com câncer. Como pesquisadora da Unifesp, com apoio Fapesp, desenvolve projeto de pesquisa intitulado "Abordagens pragmáticas sobre a linguagem", com foco nas relações entre linguagem, ato de fala e saúde. Em 2010, organizou evento multi e transdisciplinar intitulado "O corpo que não adocece, arte e saúde em diálogo pela saúde integral", em parceria com o Museu Casa das Rosas – Espaço Haroldo de Campos de Poesia e Literatura, São Paulo (SP-Brasil).



# El consentimiento esclarecido: aportes del campo “Psi” a la clínica actual

María Lucrecia Rovaletti, Universidad de Buenos Aires – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (UBA-CONICET), Argentina

**Resumen:** *Se intenta mostrar cómo el principio de autonomía puede transformar el ethos de los agentes de salud y con ello las prácticas contemporáneas. Este principio deja de lado una moral paternalista donde el “criterio profesional” decide la información a conocer y da paso a una moral autónoma de la persona razonable donde los individuos juegan un rol activo en la puesta del orden social. Pero la “autonomía”, debe entenderse en un sentido más amplio que el kantiano y no centrado ya en la “persona autónoma”, ese nivel más profundo y último, sino en el más periférico de las “elecciones” o “acciones autónomas”, considerando la competencia del sujeto de acuerdo a sus niveles mínimo, mediano y máximo (Drane). Si el modelo paternalista se basa en un “lógica determinista y causalista”, el modelo de la autonomía se adscribe a una “lógica de la probabilidad y estadística”. Con ello se postula ahora una “teoría de la decisión racional”, que nos enseña a cómo decidir en situaciones de “incertidumbre”, aunque sin llegar a la certeza. La decisión racional es la más probable y nadie puede exigir más. De este modo, la cuestión del consentimiento informado se abre a nuevas perspectivas, que deberá producir un cambio no sólo en la lógica de los equipos de salud, sino también en la de los mismos pacientes y en los conjuntos sociales. Finalmente, los aportes del campo «Psi» han contribuido a humanizar la relación terapeuta-paciente, profesional–usuario, investigador-investigado, en la medida que se plantea en ella también la dimensión inconsciente. Precisamente la noción de transferencia y contra-transferencia postulada por el psicoanálisis, posibilita evaluar la incidencia de estos vínculos y permiten disolver las transferencias negativas que pueden obstaculizar este espacio dialógico.*

**Palabras clave:** *autonomía, consentimiento esclarecido, clínica “Psi”, transferencia/contratransferencia, criterios de evaluación de la competencia*

**Abstract:** *This work tries to show how autonomy principle can turn ethos of health agent and, with it, of contemporary practices. This principle leave aside paternalistic moral. In that, “professional criterion” decides information to know and it leads to autonomous moral of reasonable person where individuals play an active role in made of social order. However, “autonomy” should be understood in a broader sense than a Kantian one. It shouldn’t be already focused on “autonomous person”, this level deeper and last, but on more peripheral level of “choices” and “autonomous actions”, considering subject competence according to minimum, medium and maximum levels (Drane). If paternalistic model is based on “deterministic and causal logic”, autonomy model is attached to the “probabilistic and statistical logic”. With that, it’s proposed now a “rational decision theory” that learns us how decide in “uncertainty” situations, but without arriving at certainty. Rational decision is the most probable one and nobody can ask more. In that way, the matter of informed consent is opened to new perspectives, which have to make a change not only in logic of health team, but also in logic of patients and of social groups. Lastly, psychodynamic psychology has helped to humanize dyadic relationships where the unconscious plays an important role such as those linking patient to therapist, client to professional and subject to researcher. Thus, the application to them of psychoanalytic mechanisms such as transference and countertransference can illuminate their nature and help to resolve any negative transference that may be obstructing their dialogical space.*

**Keywords:** *Autonomy, Clarified Consent, “Psy” Clinic, Transference/Countertransference, Evaluation Criteria of Competency*



## Del paternalismo a la autonomía

El descubrimiento de los valores morales ha estado condicionado por diversas circunstancias. Una de ellas es la ocupación o las prácticas que cada uno ejerce. Así mientras el *principio de beneficencia* se asociaba antiguamente a la profesión médica, el *principio de autonomía* tuvo un papel fundamental en la tradición jurídica.

Más aún, el *paternalismo* en tanto modelo de vida familiar sustentaba también las bases de otros ámbitos sociales, como la religión, la política. El *modelo liberal* en cambio surgía de la necesidad de controlar el poder del estado, y someterlo a normas jurídicas y éticas razonables.

Por otra parte, los condicionamientos históricos han hecho que el *principio de autonomía*, tuviera un reconocimiento más tardío que el de *beneficencia*, pudiéndoselo considerar como una característica definitoria de la modernidad (Gracia, 1989).

En efecto, para J. Stuart Mill, sólo una sociedad que respete las libertades civiles puede ser considerada moral. “Cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual (Stuart Mill, 1985, pp. 41). Nadie puede ser coaccionado, salvo que se produzca un perjuicio para otros. Comienza aquí una distinción clara de la vida privada respecto de la vida pública.

Por eso, este pensamiento liberal hace de la privacidad el bastión de la moralidad y el respeto a ésta se convierte en criterio de justicia y de bondad de la vida pública. En el modelo liberal autonomista cada miembro de la comunidad es sujeto de derechos inalienables, es “agente, autor y actor de su propia vida” (Gracia, 1989, 144).

Frente a las morales naturalistas heterónomas, surge ahora una moral autónoma. J. Locke en 1690 al plantear los fundamentos de la moderna *Teoría de los Derechos Humanos*, produce un corte al paternalismo antiguo propio de la medicina. Posteriormente, la Declaración de Filadelfia de 1774, y la de la Asamblea Nacional Francesa de 1789, marcarán dos hitos fundamentales

A fines del S. XVIII, la ética liberal se traduce en el derecho a la *libertad de conciencia* (Kant), situando en primer plano al “principio de autonomía”, y con ello la distinción de la “moral pública” y la “moral privada”.

Un elemento importante en la evolución de este principio, lo constituyen las decisiones judiciales. Como bien dice Jay Katz (1980), “la información y el consentimiento... no tiene raíces históricas en la práctica médica. El derecho de los enfermos a ser informados y decidir autónomamente sobre su propio cuerpo les ha venido impuesto desde la justicia, y ha puesto en conflicto a los profesionales sanitarios, educados en una tradición totalmente ajena.

El Tribunal de Nuremberg (1946) al penalizar a médicos y administradores por las atrocidades cometidas en nombre de la “ciencia médica”, acuñará el concepto de “consentimiento voluntario”. Posteriormente en California, en un juicio de 1957, se introduce el término de “consentimiento informado”, donde la novedad reside en el derecho del enfermo a la calidad de *información* y en el *deber* del médico a revelarla. El Tribunal de Los Ángeles (1969) dictaminará qué debe revelarse para que una *persona razonable* pueda efectuar un juicio pleno con conocimiento de causa. Se inicia un giro de una moral paternalista (“criterio profesional” para dar la información) a una moral autónoma (“persona razonable”).

Finalmente la *Common Law* o tradición judicial con su preocupación por la “autonomía” de los pacientes, da paso a los *Statutory Law* o derechos constitucionales que complementan la tradición judicial. Nacen en USA los Códigos de *Derechos de los Enfermos*. Éstos plantean el derecho a *recibir información completa, necesaria y comprensible por parte del paciente o alguna persona cercana para el consentimiento adecuado, incluyendo los riesgos significativos y la probable duración de la incapacidad que tal práctica conlleva*. El paciente, a su vez tiene el derecho a rechazar el tratamiento en los límites permitidos por la ley y a ser informado por las consecuencias clínicas de su acción. Tiene también derecho a la confidencialidad del tratamiento, a una razonable continuidad y a rehusarse a ser parte de un ensayo clínico.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) y la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales (1950), marcarán plenamente la actualidad del *principio de autonomía*. Precisamente el *informed consent*, constituye para M. S. Pernick<sup>1</sup>, la última etapa en el desarrollo bioético (1945-1972). Una “autonomía”, que debe entenderse ahora en un sentido más amplio que el kantiano y no centrado ya -según R. R. Faden & T. L. Beauchamp (1986) - en ese nivel más profundo y último de la “persona autónoma”, sino en el más periférico de las “elecciones” o “acciones autónomas”, considerando la *competencia* del sujeto de acuerdo a sus niveles mínimo, mediano y máximo (Drane).

Como señalan Ferrer y Álvarez (2003), hay que distinguir entre *autonomía moral* y *autonomía práctica*. La primera reside en la capacidad que todo ser humano tiene de proponerse fines y de proyectarse hacia el futuro. La segunda indica a la capacidad de *elegir prácticamente*, aquí y ahora entre determinados bienes o determinados cursos de acción que se ofrecen, que puede variar según la biografía o circunstancias fisiológicas (comatoso, dormido, ebrio...). Finalmente, en el *principio ético de respeto por la autonomía* se considera la obligación de aceptar y honrar las decisiones autónomas de las personas, por eso también se lo denomina como *principio de respeto a las decisiones autónomas*. Pero *respetar* aquí no indica una actitud pasiva de no interferencia, sino que exige acciones en favor de la autonomía de los demás<sup>2</sup>.

Al elegir las personas su propio sistema de valores, están determinando sus proyectos de vida, su ideal de felicidad y de perfección. En una palabra, están definiendo lo que es *beneficiante* para ellas.

En este sentido, al postular una “teoría de la decisión racional” que nos enseña a cómo decidir en situaciones de “incertidumbre” aunque sin llegar a la certeza, el *modelo de la autonomía* se adscribe a una “lógica de la probabilidad y estadística”. La decisión racional es *la más probable, la más razonable y nadie puede exigir más*<sup>3</sup>. De este modo, la cuestión del *consentimiento informado* abre nuevas perspectivas, que deberá producir cambios no sólo en la lógica de los *equipos de salud*, sino también en la de los mismos *pacientes* y en los *conjuntos sociales*. Por el contrario, el *modelo paternalista* se sostiene más bien en una “lógica determinista y causalista” (Gracia, 1989).

Pareciera aquí hacerse presentes dos modelos opuestos. Uno que se rige por el principio de *autonomía* donde cada miembro de la comunidad es sujeto de los derechos inalienables, y otro por el principio de *beneficencia*. Sin embargo, más que oponer y optar por uno de estos dos modelos, es preciso conjugar un tercero que incluya el *principio de la justicia*, como es el modelo de la *solidaridad*.

En este sentido, la realidad latinoamericana y la de los países en desarrollo vienen exigiendo una *ética* de orientación *social*, con una acentuación en el bien común y la justicia, antes que en los derechos individuales y las virtudes personales, propias de la tradición moderna y clásica de la moralidad respectivamente.

## De la autonomía al consentimiento

Ha sido en el campo de la medicina donde el consentimiento informado se planteara inicialmente. Los vínculos autoritarios y protectores del *paternalismo* dejan lugar al reconocimiento de la *autonomía* de las personas. A pesar de ello, los médicos se sienten sospechados ante estas defi-

<sup>1</sup> Este autor plantea tres etapas, fundadas en tres figuras jurídicas: *malpractice* (negligencia profesional e impericia, 1780-1890), *battery* (agresión o coacción técnica, 1890-1920), e *informed consent* (1945-1972).

<sup>2</sup> Se trata de una autonomía que presenta claramente dos límites, por una parte la *capacidad* y *competencia* de los seres morales para ejercer dicha autonomía y por otra el *daño transitivo*, es decir el daño a otros seres o entes (seres morales, seres naturales, propiedades, ecosistema, etc.).

<sup>3</sup> Por ello, la importancia de los *Protocolos de Evaluación para la toma de decisiones en ética clínica*.

niciones negativas de su actividad, sosteniendo a menudo conductas defensivas y evitando hacer una reflexión sobre sus prácticas y los cambios acaecidos en ellas.

Actualmente, los nuevos y complejos desarrollos de la medicina obligan a decidir constantemente entre diversas alternativas, de allí la importancia del consentimiento *esclarecido*, tanto en el tratamiento como en la hospitalización y en la investigación biomédica.

Si bien semánticamente *consentir* tiene un matiz de reserva pasiva tanto en el orden del pensamiento como en el de la acción, en el campo sanitario al contrario indica una aceptación activa, es decir un acuerdo consciente y voluntario, una aprobación plena y total, emitida sin reserva a los cuidados propuestos por el profesional que se suponen de calidad. El consentimiento *libre y esclarecido* por parte del paciente o usuario, supone por parte del agente la entrega de *información* suficiente sobre la naturaleza y las consecuencias del acto o de los actos a realizar.

Hablar además de consentimiento *libre*, implica jurídicamente que el sujeto es capaz de discernir aquello que él/ella quiere sin ser inducido en su decisión por presiones exteriores, pero también indica un sujeto capacitado, lo cual excluye a los menores y a los mayores protegidos. Ahora bien, en la mayoría de los países la capacidad de aceptar y comprender ciertos cuidados a nivel sanitario, no supone un estricto paralelismo con la capacidad civil: la mayoría médica, es casi siempre más precoz que la mayoría civil, dependiendo de las leyes de cada país.

El régimen del *consentimiento informado* surge en USA, a partir de la antigua doctrina del *consentimiento simple* que permitía demandar al médico que no revelara la naturaleza de las intervenciones médicas o quirúrgicas que tenía la intención de emprender.

Si en los países anglosajones se habla de *consentimiento informado*, en los europeos el término *esclarecido* indica la comprensión de tal información; una información que se exige que sea “simple, aproximativa, inteligible y leal”. El sistema norteamericano radicaliza estas nociones hasta hablar del derecho del paciente a una información *completa* y al libre acceso a la misma: la historia clínica deviene ahora un bien cuya propiedad se disputan jurídicamente tanto el médico como el paciente que termina deteriorando la relación entre ambos.

En Europa por el contrario, el médico conserva el derecho de seleccionar los datos a transmitir en función de su conciencia profesional; puede elegir entonces el momento más oportuno, el momento más accesible, y regular la progresión de su mensaje según las reacciones clínicamente observadas en su paciente, de no ser así podrían ser perjudiciales a la salud o a la vida del enfermo. Un buen mensaje transmitido en un mal momento se convierte en un mal mensaje. Toda comunicación de una información se da en el ámbito de ese coloquio singular propio de la relación profesional-paciente que puede extenderse a veces a la familia.

En resumen, si un enfermo busca conocer con mayor amplitud sobre la intervención propuesta, el profesional de salud deberá responderle pero siempre en un contexto de demanda mutua y respeto personal. En el caso que el médico retenga una información que debiera normalmente ser dada al paciente, deberá justificar esta abstención de manera rigurosa, dado el principio ético-jurídico que otorga al enfermo el *derecho a la información*.

Finalmente, un consentimiento para que sea válido requiere por parte del paciente la *capacidad de consentir*, y para ello se han elaborado diversos criterios de competencia como veremos luego.

En este sentido, el *derecho a rechazar el tratamiento* es la consecuencia última de la doctrina del *consentimiento esclarecido*. Al respecto, Appelbaun (1988) identifica aquí dos concepciones distintas según se trate del *modelo clínico* o del *modelo jurídico*. En el primer caso, es el médico sólo o con el recurso de un segundo médico independiente determina si el tratamiento debe ser administrado o no. En el segundo caso, interviene el paciente en virtud de su competencia y cuando ello no es posible, puede decidirlo no sólo el médico sino también el juez, como sería el caso de una posible hospitalización.

En Estados Unidos, al seguirse las directivas del segundo modelo, todo paciente hospitalizado con plenitud o sin consentimiento tiene el derecho a rechazar un tratamiento psicotrópico fuera de una situación de urgencia, salvo que haya sido juzgado incapaz o “incompetente” por una corte de justicia; de este modo sólo un juez puede ordenar una medicación antipsicótica a un paciente psicótico reconocido como “incompetente”. Aquí la psiquiatría se encuentra en una situación paradójica: el médico puede intervenir para hacer internar un enfermo mental en crisis de gravedad y que rechaza la hospitalización, pero no puede tratarlo psicofarmacológicamente para restaurar su salud mental, si él se opone a ello y debe esperar la decisión del juez.

El segundo modelo, se presenta más acorde con la clínica diaria, en la medida que un segundo aviso a la justicia por parte del médico permite tomar en cuenta las objeciones del paciente y permitir una negociación fructuosa. El proceso jurídico sin embargo, constituye fuente de demora, a veces de semanas, lo cual es incompatible con el estado del enfermo, y termina en una situación donde las partes confrontan en lugar de aliarse.

### Alegatos para un retorno a la clínica

Indudablemente en la clínica psicológica y psiquiátrica existen algunas dificultades para articular la *legalidad* de las obligaciones que impone la obtención de un consentimiento y la *legitimidad* de los argumentos clínicos que conducen a ser más flexibles. Sin embargo, esto no libera al terapeuta de sus obligaciones morales y deontológicas respecto al consentimiento libre e informado. Más aún, los elementos transferenciales y sus contrapesos legales obligan al profesional a particularizar diferentes conceptos de información, de comprensión y de consentimiento.

Desde una perspectiva ética, las normativas respecto al consentimiento han de ser comprendidas y elaboradas en función de la clínica de cada disciplina y la particularidad de cada paciente. La Clínica “Psi” constituye un espacio complejo, con diversas referencias teóricas y prácticas y con el entretrejo de diferentes vínculos, está asociada además a diversas tramas disciplinarias. Su campo específico no es homogéneo sino que atiende a comportamientos muy diferentes, desde patologías neuróticas hasta psicóticas, lo cual no permite una aprehensión unívoca del concepto de “consentimiento esclarecido” e “informado”.

Si bien el *consentimiento* pareciera ser un concepto jurídicamente simple, se mueve en registros muy diferentes pero complementarios. No se trata de un acto preciso de consentir o rechazar, sino una serie de estados intermedios donde el consentimiento no puede ser sino parcial y evolutivo, y esto por dos razones. En primer lugar, porque el paciente no pasa de no-consentimiento al consentimiento total. En segundo, porque un paciente que sufre no puede consentir inmediatamente sino luego de un proceso donde va aceptando todos los datos y las consecuencias que su estado implica en términos de cuidados. Nunca se tiene un acceso inmediato al diagnóstico, a la gravedad o al pronóstico.

Pero además, hay que considerar que se dan distintas situaciones entre un paciente a otro, o en el mismo paciente en un momento u otro. Más aún, cuenta también la presencia de un “tercero” – tutor o representante - cuando el paciente no le es posible *consentir*, lo cual supone integrar un conjunto de relaciones privilegiadas, especialmente las familiares. Aquí tampoco la situación es reducible a la alternativa de consentir o no, ya que se dan etapas intermedias entre la autonomía y la completa dependencia a un tercero.

Por eso, más que hablar de consentimiento en términos unívocos, es preciso referirse a *tipos posibles de consentimiento* como:

- Consentimiento obligatorio y escrito en investigaciones biomédicas o cuando el paciente es incapaz para hacer un contrato.
- Consentimiento explícito y oral en casos de rutina
- Consentimiento implícito en casos de urgencia o de tratamientos de largo plazo.
- Consentimiento parcial

- Consentimiento imposible, cuando hay problemas en el curso del pensamiento, en las capacidades de razonamiento, en el juicio y la comprensión. El nivel de alienación limita e incluso prohíbe toda posibilidad de consentimiento. Los mecanismos de defensa en los trastornos psicopatológicos graves, (negación, desconfianza o proyección paranoica, convicción delirante...) juegan un rol prevalente que impiden expresar un consentimiento. También hay deficiencias intelectuales adquiridas (Alzheimer) o congénitas (oligofrenia), trastornos del curso del pensamiento (esquizofrenia) o convicción delirante (paranoia) que impiden consentir en ciertas situaciones.

Ahora bien, la clínica requiere no sólo atender al funcionamiento psíquico del paciente, sino repensar también la calidad misma del *vínculo* cuidador-cuidado. Precisamente, previo al consentimiento oral y escrito, se da una relación humana compleja e intrincada donde hay que abordar el funcionamiento psíquico *intrasubjetivo* pero también *intersubjetivo*. Aunque las normativas legales se dirijan al sujeto en términos de un cuerpo autónomo y de un pensamiento siempre racional, éstas no pueden dar cuenta de ese aspecto fundamental del proceso del consentimiento, donde participa el plano del inconsciente. Por eso, considerar al consentimiento como una adhesión coherente a una información pragmática, es no tener en cuenta cómo cada uno puede llegar a elaborar psíquicamente ciertos eventos, qué fantasías y mecanismos de defensa se juegan en esos momentos.

El consentimiento del sujeto no puede estar totalmente contenido en el espacio impersonal del derecho, sino que debe ser concebido como un proceso variable en función de la situación relacional y de su historia (Lachaux et al., 1998, pp. 820).

## El consentimiento como tarea dinámica

Los aportes del campo « Psi » han contribuido a humanizar la relación terapeuta-paciente, profesional – usuario, investigador-investigado, en la medida que se plantea en ella también la dimensión inconsciente. El *estatuto ético del Inconsciente*, hace posible instalar la verdad de ciertas conductas y actitudes opacas a la conciencia.

Precisamente la noción de transferencia y contra-transferencia postulada por el psicoanálisis, posibilita evaluar la incidencia de estos vínculos y permiten disolver las transferencias negativas que pueden obstaculizar este espacio dialógico. Se trata entonces de reconocer las resistencias, interpretarlas y ayudar a elaborarlas.

Más aún, la entrevista puede movilizar ansiedades y angustias inconscientes, pudiéndose generar un clima de temor que coloquen al sujeto en actitud de sumisión y desvalorización, en especial cuando se trata de grupos vulnerables, o de gran asimetría. De este modo, se inviste a la figura del médico, terapeuta, profesional de una fuerte autoridad, de un poder que le otorga un dominio, que puede favorecer en éste ciertas conductas de supremacía y hasta de un cierto sadismo.

También en las entrevistas pueden mobilizarse ansiedades paranoides ante lo desconocido y ante ese otro que abre esos nuevos espacios, por ello la importancia de una relación dialógica y confidencial que pueda disiparlas.

Por otra parte, las condiciones personales, socio-culturales y económicas de vulnerabilidad obligan a desmitificar la idea de un sujeto esencialmente racional, autoconsciente, autodeterminado y gobernado por sus propias leyes que parece sostener a veces la noción de “consentimientos informado”.

La capacidad de consentir no es una capacidad física, permanente e intrínseca del paciente, sino que está ligada a su situación relacional, a su historia personal y de un modo más amplio a la interlocución. El consentimiento es una tarea dinámica, resultado de un proceso por etapas: la de la información, la de la armonía para la comprensión y la del acuerdo para la adhesión.

No existen consentimientos totalmente libres de apremios y dependencias. Las situaciones de cuidado no son situaciones totalmente de igualdad. El límite entre lo normal y lo patológico es progresivo, sutil, cualitativa y cuantitativamente.

De la adhesión automática, a una adhesión sacrificial del enfermo a “su” médico, al consentimiento consciente explícito, intencional, hay toda una serie de actitudes que pueden darse en el ejercicio cotidiano, desde una aceptación mínima hasta el sometimiento total.

Cuando el dispositivo médico-jurídico del consentimiento se dirige a un sujeto racional y consciente, no hay otro problema sino el intercambio de información y decisiones. En cambio, en el sujeto barrado por esa otra escena descubierta por Freud bajo el nombre de inconsciente, se desarrolla un espiral infinito de deseos y reina la actividad fantasmática. Precisamente desde este lugar es que puede brotar la amenaza del pasaje al acto si al paciente nada le es propuesto para representar, y por ello mismo contener o poner a distancia aquello que viene de esa otra escena.

Dirigirse al sujeto objetivamente en términos de información, de comprensión, de adhesión y de decisión es empujarlo a un cortocircuito: bajo la cobertura de un consentimiento libre y esclarecido por una información objetiva a veces cegadora, el sujeto es abandonado a sus fantasmas. Negar esta división estructural induce al manejo de mecanismos de clivajes, como lo muestran sintomáticamente los numerosos accidentes somáticos, los actos fallidos o los pasajes al acto, donde la respuesta “racional” del paciente corre el peligro de desdoblarse en los síntomas ya citados, testimonio del retorno de la división subjetiva reprimida.

Ahora bien, si ya nadie pone en duda la transferencia interpersonal profesional-paciente, sin embargo no se tiene en cuenta aún la transferencia de objeto. En efecto, el objeto terapéutico medicamentoso (el fármaco) o el institucional constituyen también un objeto de transferencia que el hombre entretiene con la medicina moderna, transferencia que es preciso situarla a un nivel mucho más arcaico que aquella que se vincula con el profesional. Después del medicamento, la institución es un segundo ejemplo de objeto terapéutico cuyo carácter ambivalente no puede ser dejado de lado, puesto que ella protege y cuida pero también enferma.

La evolución histórica del cuidado institucional de los enfermos mentales confirma esta perspectiva. A fines del Siglo XIX, el aislamiento era buscado como necesario en el primer paso para permitir luego instaurar el tratamiento moral. Los alienistas de esa época buscaban obtener del enfermo el estado de dependencia, para proponerle luego soportes identificatorios. Actualmente la situación es muy diferente, el objetivo terapéutico principal es luchar contra el desarrollo intramuros de una cronicidad imputable a la institución.

## **La capacidad de consentir**

La cuestión del consentimiento se plantea en el campo “psi” de modo radical, pues el psiquismo del paciente es objeto de cuidado y el medio con el cual el sujeto puede o no puede consentir este cuidado. En efecto, la persona que se presenta a un tratamiento, a una investigación, opera en este acto con un psiquismo que es justamente objeto de cuidado o de investigación.

Sin embargo, un trastorno o un problema psíquico no implica automáticamente una abolición total de la capacidad del consentimiento. El enfermo no es forzosamente incompetente para todo y puede guardar “aires específicos de competencia” en los cuales su consentimiento sea válido. Hay una distancia entre un sujeto temporariamente o parcialmente eclipsado y la sistematización de una conducta razonable para su mejor interés.

Ahora bien, para abordar aquí la cuestión del proceso del consentimiento en general, y más específicamente de las personas con esquizofrenia para tomar un ejemplo, se han planteado tres vías: una cognitiva que se apoya sobre la comprensión de la información, otra más psicológica que se interesa en la implicación del paciente mismo, y una tercera respecto al entorno socio-familiar y terapéutico.

### A. *La comprensión de la información:*

Si bien la literatura científica concuerda que el consentimiento no es posible sin información, y la jurisprudencia lo califica como “simple, aproximativo, inteligible y legal”, sin embargo la valoración que se hace de la capacidad del paciente para comprender y hacer uso de la información dada y tomar una decisión no es unívoca. En efecto, intervienen además temáticas como la conciencia de los problemas (*insight*), las motivaciones racionales o irracionales, la capacidad general o específica de comprensión, y la responsabilidad.

Para ello se han elaborado *criterios de capacidad* o *test de competencia*, como los de la Nouvelle –Ecosse (1967), los de Roth y Meisel (1977), y aquellos de Helmchem (1942), como señala Walter (1998):

#### *Criterios de la Nouvelle –Ecosse (Canadá):*

- ¿El paciente comprende la enfermedad o el estado por el cual se le propone el tratamiento?
- ¿El paciente comprende la naturaleza y el fin del tratamiento propuesto?
- ¿El paciente comprende los riesgos que corre al emprender el tratamiento?
- ¿El paciente comprende los riesgos que corre al no emprender el tratamiento?
- ¿El estado del enfermo interfiere con su capacidad de consentir?

#### *Criterios de Roth y Meisel (USA):*

- Un primer criterio se refiere a la capacidad del paciente para manifestar una elección. Aquí no se toma en cuenta la cualidad de decisión sino la presencia o ausencia de decisión. Será competente el paciente que manifieste una preferencia por o en contra de un tratamiento.
- Un segundo criterio reside en la capacidad del individuo a hacer una elección “aceptable”, es decir, a tomar una decisión que de un modo u otro sería casi congruente con la decisión que una persona “razonable” habría tomado en la misma circunstancia.
- Un tercer criterio implica que la elección se fundara en razones razonables.
- Otro criterio aceptan que son posibles elecciones y consentimientos que se sostienen desde una capacidad de comprensión mínima, respecto a riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento propuesto así como a su rechazo. Esta capacidad de comprensión puede ser explorada y evaluada por una serie de auto y hétero-cuestionarios.

Aunque estos dos tipos de criterios no tienen un valor jurídico, han permitido a los profesionales *psi* tener una idea de la capacidad del paciente para consentir de manera esclarecida.

#### *Criterios de Helmchel (Alemania):*

Se distinguen varios componentes en el proceso del consentimiento, como el uso de distintas posibilidades de elección, la comprensión y uso de la información, la conciencia de enfermedad, y la toma de decisión efectiva, y cada uno de éstos depende del tipo de cuadro clínico. Así mientras la ambivalencia psicótica altera las capacidades de elección, la demencia hace problemática la comprensión de la información, y el delirio y la alucinación pervierten la utilización de la información.

Desde una óptica cognitivista, las nociones de información y de comprensión de la información están en el centro de la evaluación de la capacidad de consentir. Irwin (1985) buscó alcanzar el consentimiento esclarecido con la ayuda de muchos cuestionarios, al explorar a 47 pacientes con psicosis (2/3 pacientes tenían esquizofrenia). Mientras el 87% de éstos pensaban que habían comprendido la información, los test objetivos desconfirmaban esta tendencia y

cifran en 74% las dificultades de comprensión. Por eso, el autor concluyó que el consentimiento finalmente tiene poco que ver con la comprensión de la información.

Sin embargo, es interesante remarcar esta discordancia entre la aproximación subjetiva y objetiva de la comprensión de la información, que se da tanto en las baterías de test objetivos como en una serie de cuestiones calificadas como objetivas, permite explorar las “razones” que daban los pacientes respecto de su hospitalización o de su tratamiento con neurolépticos.

### ***B. Implicación subjetiva e impacto emocional***

Se trata de una segunda manera de abordar el proceso del consentimiento que es complementario al primero: es la *significación* que el consentimiento tiene para el paciente con psicosis.

La transferencia que se sitúa tanto en el dominio de la neurosis como de la psicosis está ligada a la función del sujeto supuesto del saber, y para el psicótico esta función se articula de modo diferente que en la persona con neurosis. En efecto, el paciente con psicosis no viene a interrogar a este sujeto, del cual es portador en su inconsciente. Él recibe un saber constituido y presenta la paradoja de un testimonio de su certeza, más exactamente, de un testimonio de su propio testimonio. Sin embargo en el seno mismo de la psicosis las proporciones subjetivas difieren. Quien padece paranoia no duda que todo se dirige hacia él, esta certeza es compatible al menos al inicio, con la perplejidad en cuanto a saber esto que se quiere de él, esto que deja en cada uno la originalidad de su creación delirante.

Diferente es el caso de la esquizofrenia para quien nada se presenta como enigma pues en ningún momento aparece la figura que oponiéndose al sujeto le demandaría oponerse a su voluntad. Aún si está alucinado, él no se cuestiona el lugar de donde viene esto que él escucha y el porqué de este fenómeno.

En la paranoia, en cambio, hay un movimiento centrípeto cuyo motor es el narcisismo: según sus interpretaciones todos lo miran, le hablan, se vuelven a él. En la esquizofrenia, al contrario, se observa más bien un movimiento centrífugo. En el delirio se agitan, esparcidas y caóticas, las cosas que parecen sin relación con el sujeto, por lo cual es llevado a preguntarse en qué está comprometido él en esto que él expone. De hecho, él está comprometido pero con un funcionamiento autoerótico en el cual él no es sujeto sino objeto.

En este cuadro transferencial específico, se comprende mejor que el esfuerzo de información y de investigación del consentimiento, pueda revestir de una significación singular según sea el tipo de paciente con psicosis.

Queda por definir ahora, cómo explorar esta *significación subjetiva del proceso de consentimiento*. Para ello son viables dos posibilidades. La primera consiste en elaborar a partir de ciertos conceptos psicoanalíticos y éticos, cuestionarios que puedan evaluar por ejemplo la dinámica transferencial del paciente, pero también su relación al saber (Kress, 1994), su relación a los ideales y su relación al otro (en particular la textura del vínculo social), así como el registro ético de su relación con los valores. La segunda, más clínica, viene a establecer uno o más historiales que detallen no solamente la psicopatología del paciente, sino la situación relacional en la cual el consentimiento se vuelve problemático así como la historia de esta relación.

### ***C. Participación del entorno en el consentimiento***

Existen situaciones donde no es posible para el sujeto poder expresar su consentimiento, y sin embargo se impone tomar una decisión: es el consentimiento implícito (o impuesto) del sujeto a una decisión tomada explícitamente por otros.

Indudablemente, hay una lógica al privilegiar a la familia para dar el consentimiento, ya que se considera la más apta para detentar datos fundamentales como la historia del paciente, sus elecciones y convicciones. Sin embargo, a veces el funcionamiento psicológico y sistémico del grupo familiar puede traer distorsiones en la pertinencia y en la beneficencia del consenti-

miento dado, ya que las motivaciones conscientes e inconscientes pueden a veces complicar más la evaluación y su licitud.

¿Cómo decidir entonces cuando no hay un interlocutor definido? El profesional, al encontrarse con situaciones que exceden el campo de la clínica, ha de interpelar a otros representantes del cuerpo social desde amigos, personal social, organizaciones, tutelas, curadores... para que puedan funcionar como representante suyo.

Por otra parte, también en el ámbito terapéutico cada integrante del equipo de salud, participa del consentimiento al ofrecer la información requerida, comprometiéndose con ello en un *espacio de co-responsabilidad*.

En este sentido, el consentimiento deviene testimonio de una relación inter-individual que se inscribe en la historia personal y social de cada uno de los interlocutores. Por eso, es importante favorecer la palabra más que acentuar el documento escrito, dar lugar a un encuentro personalizado más que plantear objetivamente la información.

En síntesis. La literatura científica en general, suele presentar el tema del consentimiento desde una *ética de la prescripción* a través del punto de vista jurídico, dejando de lado el contenido *ético de la relación*, su *significado* y su *sentido*, olvidando que la relación terapéutica no es un accesorio casual a una actividad prescriptiva formalizada.

La elección de un tratamiento no está nunca dictada pura y simplemente por consideraciones de orden científico. Implica una concepción del bien, o por lo menos de lo que es bueno para esa persona, de lo que vale y de lo que es obligatorio. (Lachaux et al., 1998, pp. 38)

## REFERENCIAS

- Appelbaum P.S. (1988). "The right to refuse treatment with antipsychotic medications: retrospect and prospect". *American Journal of Psychiatry*, 145(4), 413-419.
- Appelbaum, P. S, Lidz, Ch. B. & Meisel, A. (1987). *Informed consent. Legal theory and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Baca, E, y Lázaro, J. (ed.) (2003). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastella.
- Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (eds). (2001) *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastella. Se tienen en cuenta: Musto, D. "Perspectiva histórica" (pp. 19-34); Beauchamp, T. "Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría" (pp. 35-56).
- Couceiro, A. (ed.) (1999). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastella. Se tiene en cuenta el Cap. II: "La relación clínica y el consentimiento informado" que comprende: Gracia, D. "La práctica de la medicina" (pp. 95-108); Emanuel, E. y Emanuel, L.: "Cuatro modelos de la relación médico paciente" (pp. 109-126); Soriguer Escofet, F. J-C. "Cuando el médico decide por el paciente" (pp. 127-132); Lorda, P.S. "El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias" (pp. 133-144); Broggi, M. A. "Algunas proposiciones sobre el proceso de la información clínica y el consentimiento informado" (pp. 145-150); Lidz, Ch. W., Appelbaum P.S., y Meisel, A. "Dos modelos para la aplicación del consentimiento informado" (pp. 151-162); Drane, J. "Las múltiples caras de la competencia" (pp. 163-176).
- Fadden, R. R & Beauchamp. T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Ferrer, J. J. y Álvarez, J.C. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea* Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas.
- França- Tarragó, O.: *Manual de Psicoética. Ética para Psicólogos y Psiquiatras* (2012). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gracia Guillén, D. (1986). "Los derechos de los enfermos", en Javier Gafo (ed.): *Dilemas éticos de la Medicina Actual*. Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas; (1991) *Fundamentos de Bioética*, Madrid: Eudema; (1991) *Procedimientos de Ética Clínica*. Madrid: Eudema Universidad.
- Helmchen,-H. (1990). "The unsolved problem of informed consent in dementia research", *Psychiatria-Fennica* (21), 163-173
- Hottois, G. et al. (eds.) (2001). *Nouvelle encyclopédie de la Bioéthique; Médecine, Environnement, Biotechnologie*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Irwin, M., Lovitz A., Marder S.R., Mintz, J., Winslade, W.J., Van Putten, T., Mills, M. J. (1985). "Psychotic Patient's Understanding of Informant Consent". *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1351-1354
- Katz, Jay (1980). "Disclosure and Consent in Psychiatric Practice: Mission Impossible?" En Ch. K. Hofling (ed.). *Law and Ethics in the Practice of Psychiatry* (pp. 91-115). New York: Bruner/Mazel.
- Kjellin, L.; Westrin, Cl. G.; Eriksson, K.; Axelsson-Ostman, M.; et al (1993). "Coercion in psychiatric care: Problems of medical ethics in a comprehensive empirical study. Special Issue: Coercion in mental health care". *Behavioral-Sciences-and-the-Law* 11(3), 323-334
- Kress, J.J. (1994). "Quelle est la place du consentement éclairé du patient dans le traitement neuroleptique?". En *Conférence et Consensus: Textes des Experts, Strategies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques* (pp. 201-208). Paris: Ed. Frison-Roche.

- Lachaux, B.; Morasz, L.; Grison-Curinier, J.; Pasi-Delay, P. y Bourdery, D. (1988). "Pour un abord clinique du consentement; ou au-delà du "Miroir brisé d'Esculape"", *L'Information Psychiatrique*, 74(8), 815-826.
- Locke, J. (1969). *Ensayos sobre el gobierno civil*. Madrid, Aguilar.
- Martínez, M. del C. (2002). "Ética y Psiquiatría", en Ferrer, J. J. y Martínez J. L. (eds.), *Bioética: un diálogo plural; Homenaje a Javier Gafo Fernández* (pp. 453-463). Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas.
- Pernick, M.S. (1982). "The Patient's Role in Medical Decision Making: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy", Problems Commission for Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Making Health Care Decisions: the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient Practitioner Relationship (pp. 1-35), vol. 3, Washington, U.S.: Government Printing Office; (1986). *History and Theory of Informed Consent*, New York: Oxford University Press.
- Rosenbaum, Max (1985). *Ética y valores en Psicoterapia*. México: FCE.
- Rovaletti, M. L. (2007). "¿Es posible pensar una Psico-ética?". *Vertex*, XVIII (75), 370-375.
- Rovaletti, M.L (ed.) (1995). *Ética y psicoterapia*. Bs. As.: Biblos.
- Simon-Lorda,-David; Simon-Lorda,-P.; Rodríguez-Lopez,-A.; Concheiro-Carro,-L. (1992) "El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito de consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock", *Anales-de-Psiquiatría* 8(7), 245-252.
- Stuart Mill, J. (1985) *Sobre la libertad*. Barcelona: Orbis.
- Thomasma, D.C. (1993). "Reflections on the offspring's ethical role in decisions for incompetent patients: A response to Sonnenblick, Friedlander, and Steinberg", *Journal-of-the-American-Geriatrics-Society* 41(6), 684-686.
- Walter, M. (1998). "Evaluation du processus de consentement chez le patient schizophrène: aspects théoriques et methodologiques, *L'Évolution Psychiatrique* 63(8), 451-470.

## SOBRE LA AUTORA

**María Lucrecia Rovaletti:** Profesora Emérita de la Universidad de Buenos Aires e Investigador Principal del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas. Investigador-Docente categoría "I". Doctora en Filosofía (1977). Docente Autorizada en Medicina (2001-2002, áreas Antropología Médica, Bioética y Salud Mental). Licenciada en Psicología (1981). Ha dictado como Catedrática "Psicología Fenomenológica", "Antropología Médica", "Bioética" y "Psicología, Ética y Derechos Humanos". Curso de postgrado en el país y en el extranjero. Especialidades: Bioética y Psicoética, Humanidades Médicas. Filosofía de la Medicina, Psico(patolo)gía Fenomenológica.

# Memória do Coração: visões acerca do coração humano a partir da experiência do transplante

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Nadia Vitorino Vieira, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Dante Marcello Claramonte Gallian, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** O significado atribuído ao coração ao longo da história ultrapassa a dimensão material que aparentemente predomina na atualidade para atingir uma grandeza moral e espiritual que fez com que o coração ocupasse, por muito tempo, um papel central. A visão científica, que considera o órgão como uma bomba biomecânica, parece ter afetado profundamente a toda a sociedade e até mesmo leigos e pacientes aparentam comungar essa ideia. Neste estudo, buscou-se um aprofundamento acerca das visões e significados atribuídos ao coração humano, tendo sido avaliada em que medida houve a real aceitação e incorporação do discurso científico. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas realizadas de acordo com a abordagem da História Oral de Vida (foram entrevistados trinta transplantados cardíacos, dez familiares e dez profissionais com experiência na área). Os textos gerados a partir das entrevistas foram analisados mediante técnicas de imersão/cristalização, estilo inspirado pela Fenomenologia Hermenêutica. Os seguintes temas predominantes foram revelados: gratidão, espiritualidade, renascimento, não alusão à ameaça de morte iminente anterior ao transplante, polaridade em relação ao significado do coração.

**Palavras-chave:** significado do coração, narrativas, transplantados cardíacos

**Abstract:** The meaning attributed to the heart throughout history is ahead of the material dimension, which apparently predominates nowadays to achieve a moral and spiritual greatness, which made the heart occupy a central role. On the other way, the scientific view, which considers the heart as a biomechanical pump, seems to have deeply affected the whole society and even patients appear to share that idea. In this study, we sought to delve into visions and meanings attributed to the human heart, having been assessed to what extent there was a real acceptance and incorporation of scientific discourse. Data were collected by interviews conducted according to the approach of the Oral History of Life (thirty heart recipients, ten family members and ten professionals with experience in the area were interviewed). The texts generated from the interviews were analyzed using immersion/crystallization techniques, inspired by Hermeneutic Phenomenology. The following major themes were revealed: gratitude, spirituality, rebirth, no allusion to the threat of imminent death present before transplantation, polarity on the meaning of the heart.

**Keywords:** Meaning of the Heart, Narratives, Heart Recipients

## Introdução

Em uma perspectiva histórica, o significado atribuído ao coração ultrapassa o âmbito material a que é reduzido na atualidade para atingir uma grandeza moral e espiritual que lhe confere um papel central. A sensação de algo palpitando forte e rapidamente no centro do peito, diante de uma situação de perigo, ou de uma pulsação suave e agradável, nos seus momentos de descanso, era, certamente, familiar a nossos ancestrais. Os sons da natureza e os ritmos corporais inspiraram a criação da música, a qual, segundo alguns autores, surgiu antes mesmo da linguagem falada (Levetin, 2000). Deste ponto à compreensão de que esse órgão que pulsa no interior do peito – o coração – é o mantenedor da vida deve ter sido um simples passo. Com o desenvolvimento e a sofisticação das culturas, o significado do coração se expandiu e foi estabelecido também nas dimensões moral e espiritual.



As primeiras referências escritas acerca do coração humano aparecem em 2500 AC no épi-co sumeriano da deusa Ishtar, o qual se refere a corações preenchidos por clemência e corações partidos pelo sofrimento (Boyadjian, 1990). A grande importância atribuída ao coração pelos povos da Antiguidade é ilustrada pelas concepções e costumes vigentes no Antigo Egito. Nos rituais de inumação e mumificação, o coração era o único órgão preservado e depois recolocado no tórax, uma vez que era considerado o mantenedor único da vida material e também o centro da vida moral e espiritual. Essa perspectiva *cardiocêntrica* também é bem evidente no mundo helênico, em que o coração é visto como a sede dos sentimentos e das paixões e também da inteligência e dos pensamentos. Na Grécia antiga, o coração é o local de encontro com os deuses, ou seja, o ponto de união entre o céu e a terra. Para Aristóteles e seus seguidores, é a sede da alma (Gallian, 2008).

Platão, ao descrever a alma de modo tripartite (Oliveira, 2012), introduziu a tendência a uma dicotomia entre o coração e as funções intelectuais, retirando, portanto, a hegemonia do órgão que até então era considerado central. Posteriormente, esse movimento se concretizou como uma dicotomia coração-cérebro. No entanto, apesar de o grande filósofo ter agregado outros elementos à constituição do ser humano, até o século XVI europeu, a balança pendeu para o lado do coração e é este, e não o cérebro (ou intelecto), considerado o centro, não apenas da vida física e emocional, mas também da intelectual e moral.

Com o advento da Revolução Científica, os ventos começaram a soprar para outra direção e o cérebro ganhou o status de órgão da personalidade, ao qual foi conferida a função de definidor do eu. E ainda assim, a dicotomia parece ter persistido, de forma tal que alguns filósofos, xamãs e religiosos mantiveram a perspectiva em que o coração é o centro, enquanto outros filósofos e cientistas insistem em atribuir esse papel ao cérebro.

Por outro lado, as descobertas científicas de Harvey e de outros *phísicos* do alvorecer da Modernidade, como Miguel de Servet, ao mesmo tempo em que intensificaram a “dessacralização” do coração e impulsionaram sua caracterização como uma bomba biomecânica, abriram também o caminho para a possibilidade de intervenção cirúrgica no órgão (Gallian, 2008).

No entanto, convém lembrar que a trajetória seguida até que a possibilidade de cirurgia cardíaca fosse cumprida foi bem mais árduo e cheio de obstáculos quando comparada com a de outras especialidades cirúrgicas. Até a década de 1940, a maioria dos médicos acreditava que o coração seria um órgão inabordável cirurgicamente. Não havia suporte técnico para tal e, talvez, as cirurgias cardíacas estivessem fadadas ao fracasso em um curto prazo. As palavras do Dr. George Geckeler, chefe do *Hahnemann Medical College* em *Philadelphia*, dirigindo-se ao Dr. Charles Bailey, após sua segunda tentativa mal sucedida de correção de estenose de válvula mitral, ilustram bem essa ideia: *É meu dever de Cristão não mais permitir que essas operações homicidas sejam realizadas*. Mas Bailey não esmoreceu. Conseguiu realizar, em junho de 1946, após quatro fracassos, a primeira comissurotomia mitral bem sucedida. Graças à sua determinação, iniciou-se a era da cirurgia intracardiaca e o seu feito foi repetido por outros cirurgiões, em outros centros. Convém lembrar que na época não haviam sido criadas ainda as máquinas de circulação extracorpórea. Até então, um longo caminho já havia sido percorrido. A partir dessa época iniciou-se uma grande transformação e uma história caracterizada por uma sucessão de fracassos passou a ser escrita por grandes sucessos (Murtra, 2002).

Em menos de cinquenta anos foram alcançadas muitas conquistas no campo da cirurgia cardíaca e, com o desenvolvimento das máquinas de circulação extracorpórea, surgiram novas técnicas ou as antigas foram aperfeiçoadas, o que permitiu a correção de defeitos valvulares e anomalias congênitas, a revascularização de miocárdio e a realização dos transplantes cardíacos. No Brasil, esses avanços foram acompanhados de perto e existem equipes de cirurgia cardíaca em diversos centros hospitalares aptas para a realização de cirurgias de alta complexidade, incluindo os transplantes cardíacos, que, atualmente, deixaram de ser novidade na maioria dos grandes hospitais das capitais brasileiras, incluindo o Hospital São Paulo (HSP) da Escola Pau-

lista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o qual foi um dos pioneiros a executar o procedimento no Brasil (Costa, 1998).

Assim, eis que parece não persistir mais nenhuma dúvida – um órgão passível de substituição por meio de um ato cirúrgico não pode ser considerado nada mais do que uma simples bomba biomecânica. Tal é o discurso predominante no ensino e na prática das Ciências da Saúde, discurso esse cada vez mais acessível aos leigos e usuários dos sistemas de saúde, os quais aparentam tê-lo aceito plenamente.

A questão é: até que ponto, os leigos, e até mesmo os profissionais de saúde, incorporaram realmente as premissas do discurso científico? A literatura, poesia e música popular nos dão a pista de que a visão do coração como um órgão ao qual se associam imagens, sentimentos e conteúdos profundos ainda persiste com força e convive de forma contrastante com os postulados científicos. Com o advento dos transplantes cardíacos, o tema referente à relação entre coração e psique, especialmente no que diz respeito a sentimentos e comportamentos, foi reavivado, tendo sido fonte de inspiração para roteiros de produções cinematográficas e até mesmo de uma novela da televisão brasileira que fez grande sucesso em horário nobre<sup>1</sup>.

Em resposta a esses questionamentos, o Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da EPM, a qual integra a (UNIFESP), localizada em São Paulo, Brasil desenvolveu um projeto de pesquisa denominado MEMÓRIA DO CORAÇÃO – Visões Acerca do Coração Humano a Partir da Experiência do Transplante, o qual recebeu apoio do CNPQ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

Além dessas indagações, o projeto MEMÓRIA DO CORAÇÃO, apresentou outra motivação, tendo sido impulsionado de forma inusitada e inesperada. Para comemorar os 75 anos da EPM, o CeHFi desenvolveu um projeto de História Oral de Vida (Meihy e Holanda, 2007), o qual foi denominado *75X75: 75 histórias de vida para contar os 75 anos da EPM-UNIFESP*. Tal projeto, que resultou em dois livros e um filme<sup>2</sup>, objetivou a explicitação da memória coletiva da instituição mediante relatos de pessoas que haviam vivido ou que ainda viviam parte importante de suas vidas em relação intensa com a Escola. Buscando uma “comunidade de destino” em que múltiplas experiências e visões de mundo se cruzam, foram entrevistados não apenas docentes, gestores e pessoas eminentes do contexto universitário, mas também indivíduos que, sendo menos eminentes e até desconhecidos, também participam da configuração da própria base da cultura universitária, reproduzindo e transmitindo inconscientemente os valores e imagens da memória coletiva. Assim, na lista dos 75 entrevistados foram incluídos funcionários, alunos, pessoas do entorno geográfico e também, por se tratar de uma instituição que em grande medida presta serviços na área da saúde, pacientes. Dentre estes, foi a história de vida de um transplantado cardíaco que nos chamou a atenção e acabou por promover um aprofundamento de questionamentos prévios, o que levou a formulação do projeto MEMÓRIA DO CORAÇÃO. Depois de narrar detalhadamente os problemas de saúde que o levaram para a fila de transplante cardíaco do Hospital São Paulo (o hospital escola da EPM/UNIFESP), o paciente relata um curioso incidente: estando já tudo pronto para a cirurgia, o médico responsável resolve cancelá-la, alegando

<sup>1</sup> Como exemplo, podemos citar o filme *Dívida de Sangue (Blood Work)*, lançado em 2002, dirigido por Clint Eastwood e produzido e distribuído pela Warner Home Video. O enredo gira em torno de Terry Mc Caleb (Clint Eastwood), agente aposentado do FBI que passou por um transplante cardíaco. Este é contratado por Graciella Rivers (Wanda de Jesus) para investigar a morte de sua irmã, a doadora de seu novo coração. O investigador acaba descobrindo que o assassino é, na verdade, um serial killer que o próprio Mc Caleb perseguiu durante anos, quando ainda trabalhava no FBI. Uma novela exibida por uma grande emissora brasileira também abordou o tema. Trata-se de *De Corpo e Alma*, de autoria de Glória Perez, exibida de 03/08/1992 a 06/03/1993. O tema central aborda o envolvimento amoroso de um juiz com a mulher que havia sido submetida a um transplante cardíaco cuja doadora foi um antigo amor de seu passado.

<sup>2</sup> Os livros foram: 1. GALLIAN, Dante Marcello C. *75X75 EPM/UNIFESP, Uma História, 75 Vidas*. São Paulo, EdUNIFESP, 2008, 352 p. e 2. GALLIAN, Dante Marcello C. (Org.) et al. *Recortes da Memória. Lembranças, compromissos e explicações sobre a EPM/UNIFESP na perspectiva da História Oral*. São Paulo, Ed. UNIFESP, 2009. O filme, em formato DVD leva o mesmo título do primeiro livro.

que o coração que havia chegado “tinha um problema”: o doador havia sido um psicopata! Como nos conta o próprio paciente, o médico cirurgião lhe teria dito: *não vou trocar seis por meia dúzia. Não vou colocar esse coração em você, vai saber o que tem nele!*<sup>3</sup>

O objetivo principal do projeto MEMÓRIA DO CORAÇÃO é verificar, a partir de relatos de História Oral de Vida, as visões, concepções, sentidos e significados acerca do coração humano a partir da experiência do transplante cardíaco, numa perspectiva não apenas funcional, mas também simbólico-cultural, psicológica e existencial.

O objetivo específico deste projeto é estruturar um banco de histórias de vida de indivíduos envolvidos de alguma forma com a experiência do transplante cardíaco, o qual, além de servir como fonte de dados para a presente pesquisa, também estará disponibilizado no BMHV e passível de consulta por outros pesquisadores, pacientes e profissionais da saúde.

## Métodos

Em decorrência da natureza das questões a serem estudadas, optou-se por métodos qualitativos, enfocados na Fenomenologia Hermenêutica. Os métodos qualitativos informam conhecimento construtivista. Este auxilia o ser humano a manter a vida cultural, a comunicação simbólica e o significado. Os construtivistas afirmam que a verdade é relativa, sendo resultado de perspectiva e buscam suas raízes na Fenomenologia e na Hermenêutica. Nestas, a importância das criações humanas subjetivas é reconhecida, mas também se mantém alguma noção de objetividade. Na realidade, o paradigma construtivista enfatiza o pluralismo e não a subjetividade. Os métodos de pesquisa qualitativos geralmente informam conhecimento construtivista (Miller e Crabtree, 1999). Em pesquisa qualitativa não se busca estudar um fenômeno em si, mas sim entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Busca-se saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante, pois em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas. Quando participantes e pesquisadores interagem e são ativamente incluídos nos processos de avaliação, as estratégias de pesquisa qualitativa são muito úteis, como é o caso da presente pesquisa (Turato, 2005).

## Coleta de Dados

Dentro deste contexto interpretativo de cunho hermenêutico-fenomenológico, propício para responder às questões norteadoras e ao mesmo tempo permitir a geração de novas questões e interpretações, a abordagem da História Oral de Vida apresentou-se como a mais rica e oportuna. Assim, os dados foram colhidos mediante entrevistas realizadas de acordo com a abordagem da História Oral de Vida (Meihy e Holanda, 2007). Estas são entrevistas abertas não diretivas, em que os participantes tiveram a oportunidade de relatar livremente suas vidas sem que as questões do pesquisador tenham conduzido o fluxo e a construção da narrativa. Isto significa que a dinâmica própria da memória do entrevistado em relação a tudo o que envolveu a experiência do transplante foi o que realmente importou. Dessa forma foi produzido um documento muito mais rico do ponto de vista fenomenológico. Certamente, o pesquisador, sempre que necessário, recorreu à possibilidade de fazer suas perguntas, quer seja para aprofundar-se em relação a algum tema de interesse, quer seja para fazer as perguntas de corte. Estas, como usualmente em História Oral, foram reservadas para o final da entrevista para o caso de as questões concernentes ao foco da pesquisa não terem sido abordadas espontaneamente. As perguntas de corte foram as seguintes: *o que significa o coração para você? o que significa viver com o coração de outra pessoa?*

---

<sup>3</sup> O relato completo pode ser consultado no site do Banco de Memórias e Histórias de Vida da EPM/UNIFESP, outro dos produtos que resultaram do Projeto 75X75. Cf. em <http://www.unifesp.br/centros/cehfi/bmhv/index.php/entrevistas/entrevistas-do-projeto-75x75/20-achiles-ortozani-filho>

Os participantes foram selecionados de acordo com a abordagem da História Oral de Vida por fazerem parte da comunidade de destino – indivíduos para os quais, de alguma forma, a experiência do transplante desempenhou um importante papel em suas vidas. Certamente, esses indivíduos foram interpelados a refletir acerca do coração muito mais do que o restante da população. René Leriche afirmou que *saúde é a vida no silêncio dos órgãos* (Canguilhem, 1975, p. 35), fato que é facilmente observável. Quando estamos bem nem nos lembramos de nossos órgãos que não cessam um segundo de trabalhar para manter uma vida saudável e harmônica. Esses membros da comunidade de destino foram contatados em uma colônia, ou seja, todos faziam parte da comunidade Hospital São Paulo (HSP) e/ou Ambulatório de Transplantes Cardíacos do HSP e foram divididos em três redes: trinta pacientes que se encontram em pós-operatório tardio de transplantes cardíaco e são acompanhados no ambulatório correspondente do Hospital São Paulo da UNIFESP; dez familiares que tenham acompanhado os pacientes em suas trajetórias de vida e dez membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiras, psicólogo, assistente social) responsáveis pelo cuidado do paciente.

As entrevistas foram gravadas e após a audição cuidadosa dos registros sonoros procedeu-se a transcrição dos mesmos, ou seja, a sua transposição “literal” em que os textos ainda se mostravam com “erros”, *descontinuidades* e incoerências próprias do discurso oral. Os textos transcritos passaram por um processo de textualização, ou seja, a fala foi transformada em um relato em primeira pessoa em que se procurou privilegiar o código escrito em função do tipo de documento almejado. Por fim, procedeu-se à transcrição do texto, em que a entrevista foi transformada em um relato literário, fiel ao mesmo tempo à fala do narrador e aos cânones fundamentais do código escrito. Com o processo da transcrição, se é possível incorporar ao texto a linguagem subliminar e as emoções expressas pelo entrevistado. Nesta última etapa, a presença do entrevistado volta a ser fundamental, pois a transcrição só poderá ser considerada finalizada depois de haver sido revisada e aprovada pelo mesmo. Tal procedimento reforça a dimensão propriamente colaborativa e ética do trabalho com História Oral. Em todo esse processo, percebe-se nitidamente a importância atribuída aos voluntários entrevistados que, por isso, em História Oral, são denominados colaboradores (Gallian, 2008).

### ***Interpretação dos Dados***

Os textos gerados conforme a descrição foram interpretados por um estilo de organização denominado imersão / cristalização (Borkan, 1999), o qual é adequado para a interpretação de textos e inspirado na Fenomenologia Hermenêutica. Dessa forma, emergiram os seguintes temas: gratidão, espiritualidade, renascimento, não alusão à ameaça de morte iminente, e polaridade em relação ao significado do coração.

### ***Resultados***

O propósito do presente artigo foi apresentar um perfil sócio-demográfico dos entrevistados e mostrar os principais temas emergentes conforme o descrito anteriormente considerando-se duas das redes de participantes ou colaboradores: pacientes transplantados cardíacos e seus familiares.

### ***Perfil sócio-demográfico dos entrevistados***

Todos os pacientes entrevistados se encontravam em pós-operatório tardio e são acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia (93,34%) ou Cirurgia Cardíaca (6,66%) da EPM/UNIFESP por terem sido, em sua grande maioria (90%), operados no Hospital São Paulo, o qual faz parte da instituição em que foi realizada a pesquisa (UNIFESP). Os três pacientes submetidos a transplante em outro local foram operados pela equipe da cirurgia Cardíaca do Hospital São Paulo /

EPM / UNIFESP e passaram a ter acompanhamento pós-operatório nesta instituição no pós-operatório. O perfil dos pacientes entrevistados é apresentado mediante o emprego de estatística descritiva.

A idade dos pacientes entrevistados variou de 29 a 77 anos e a distribuição de idade dos mesmos encontra-se no gráfico 1.

A proporção de pacientes do sexo masculino foi bem maior do que a de pacientes do sexo feminino, conforme é mostrado no gráfico 2.

Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes cursou o ensino fundamental (completo ou incompleto) e a minoria tem nível superior. Os pacientes com ensino médio ou superior de escolaridade declararam terem completado os respectivos cursos. A distribuição de pacientes quanto à escolaridade encontra-se no gráfico 3.

A idade em que os pacientes foram submetidos ao transplante cardíaco variou de 22 a 60 anos com a distribuição de idade conforme é mostrada no gráfico 4.

O tempo de pós-operatório à época da entrevista variou de 7 meses a 20 anos, conforme se pode ver no gráfico 5.

Em relação à doença de base que ocasionou a necessidade de cirurgia, a maioria dos pacientes conhece o seu diagnóstico e refere ser portadora de Doença de Chagas. Uma minoria sofreu falência cardíaca por doença cardiovascular (DCV) e infarto do miocárdio e os demais pacientes não sabem referir o diagnóstico da doença de base ou esta não foi bem determinada. A distribuição dos pacientes de acordo com a doença de base encontra-se no gráfico 6.

Os familiares entrevistados foram os que comumente acompanhavam os pacientes em suas consultas e exames na UNIFESP e foram incluídos o marido de uma paciente, a irmã de outra e as esposas de oito pacientes. No gráfico 7 é mostrada a distribuição de familiares de acordo com grau de parentesco.

### ***Principais temas emergentes***

Nesta interpretação preliminar focou-se em temas mais gerais, os quais perpassaram o discurso de todos os pacientes, sem se proceder ainda a um aprofundamento em relação ao significado do coração. No entanto, com o decorrer de sua apresentação e na discussão, fica claro que também estes temas gerais são fortemente entrelaçados ao coração. Os temas são ilustrados por trechos das entrevistas.

### ***Gratidão***

A gratidão foi expressa enfaticamente por todos os colaboradores, tanto pacientes quanto seus familiares. Voltou-se para diferentes objetos e, em especial, ao doador do órgão e à sua família. Muitos transplantados tiveram curiosidade em conhecer os familiares do doador, especialmente para agradecer-los, mas sem ter essa possibilidade ficaram a imaginar o que fazer para manifestar sua gratidão.

Tereza<sup>4</sup> afirmou:

Meu Deus, como agradecer uma família, uma pessoa que te dá um órgão, que te dá uma segunda chance de vida? Pensei, pensei, agradei e decidi rezar para ele todos os dias. Por fim, cheguei à conclusão que viver bem e feliz é o melhor presente que poderia lhes oferecer. E a partir daquele instante, abdiqueei daquela obrigação de rezar todos os dias e da preocupação de estar em débito com o rapaz e sua família. Engraçado, quando me desobriguei da gratidão, decidi que viver feliz, fazer da minha vida uma vida boa, tranquila, é a maior expressão de gratidão.

---

<sup>4</sup> Todos os nomes de colaboradores citados neste artigo são fictícios para preservar sua identidade.

A gratidão eventualmente revestiu-se de tristeza, o que pode ser verificado no depoimento de Paulo, transplantado cardíaco há nove anos:

Lembro-me que fui chorando para o centro cirúrgico. O médico me perguntou se eu estava chorando de alegria e eu respondi que sim. Mas não era verdade. Eu estava chorando de tristeza porque uma pessoa teve de morrer para que eu vivesse. E essa pessoa tinha uma família que sofria com a situação. Somente tenho a agradecer a todos que me ajudaram e me deram a chance de viver mais um tempo neste mundo.

Gratidão aos familiares que os acompanharam e deram suporte durante a doença e aos profissionais de saúde que lhes possibilitaram uma nova chance de vida permeou o discurso dos pacientes transplantados. Joaquim, transplantado cardíaco há dois anos, afirmou: *Nem sei o que seria sem o grande apoio de minha esposa. Estamos casados há vinte anos e quando nos casamos eu era totalmente saudável, não tinha nada. E ela foi me acompanhando todo esse tempo.* Para outros, a gratidão adquiriu uma conotação de dívida, especialmente quando voltada aos profissionais. Convém lembrar que os pacientes foram acompanhados pelo serviço público de saúde e não tiveram que arcar com os custos. Carlos afirmou: *Eu devo muitas obrigações para esses médicos daqui e ao Dr. E. S. da minha cidade. Se não fossem eles, eu já tinha morrido.*

A gratidão a Deus parece ter sido colocada acima de todas as outras e nos remete ao tema da Espiritualidade, o qual é apresentado em seguida. José falou enfaticamente:

Agradeço a todos que me ajudaram, mas primeiro vem Deus. Sou muito grato a Deus que abriu os meus caminhos, colocando neles os médicos certos. E eu conto tudo isso para que as outras pessoas necessitadas tenham esperança. Que todos aprendam a confiar e ter fé em Deus.

### *Espiritualidade*

Pacientes em fila de transplante cardíaco, assim como seus familiares, têm o conhecimento de que existe a possibilidade de cura por meio do emprego de recursos de alta tecnologia, mas não a garantia que se chegará ter acesso a eles, pois o surgimento de um doador compatível não é uma variável controlável. E assim, nesses períodos de espera incerta, muitos pacientes e familiares buscaram recursos espirituais para o enfrentamento de tão difícil situação. Em pacientes e familiares, a Espiritualidade adquiriu diferentes conotações, indo desde o retorno à prática da religião professada na infância ou juventude e que havia sido deixada de lado, o fortalecimento da religião atual ou a busca de uma nova religião, até a expressão de conteúdos que denotaram uma busca de transcendência, sem que se mostrasse a adesão a alguma religião definida. João mostrou entusiasmo ao relatar sua experiência:

Nos meus momentos mais difíceis, em que estava entre a vida e a morte, me apoiei em Deus. Tenho muita fé em Deus. Sou da Congregação Cristã do Brasil, conhecida como igreja do véu. Na Congregação costumamos buscar a palavra de confirmação de nossa vida. E Deus falou que iria me dar a vitória. Que iria fazer a obra comigo e que essa obra ia ser grande, ia ser espantosa na face da terra. E, a minha esperança era que Ele ia fazer a obra. Porque não tinha mais em que me apegar. E realmente Deus cumpriu sua palavra, e fez essa obra espantosa. E isso ajudou a muitas pessoas que, com meu exemplo, aumentaram sua fé. Até as pessoas que já eram crentes passaram a glorificar o Senhor ainda mais. Elas vinham e me perguntavam: ‘mas você recebeu um coração novo, você é transplantado?’ E eu lhes respondia: ‘Eu ganhei, sou um transplantado. Glória a Deus! Ele cumpriu sua palavra’. E isso se repetiu muitas vezes.

Experiências místicas também foram relatadas:

Certa vez, quando estava cochilando na rede, aconteceu algo que nunca havia me ocorrido. Estava muito mal e não sei se morri ou se fui arrebatado. O fato é que meu espírito saiu fora do corpo

e pairou no alto. De cima, via meu corpo e sentia nojo dele. Não queira mais voltar. Meu espírito não queria voltar para o corpo. Estava tendo uma sensação muito boa e, então, eu dizia: “Senhor, não quero mais voltar para o corpo, leve-me daqui.” E eu clamava, clamava: “Senhor, não quero mais voltar! Mande um anjo para me levar daqui!” Então ouvi uma voz me dizendo: “meu servo, volte para seu corpo, porque ainda não é o seu dia.” O espírito voltou e de repente me vi com a mesma dor, a mesma fadiga. E cheguei à conclusão de que aquele não era meu dia e que minha hora não havia chegado. Aí tive a certeza de que não iria morrer daquela enfermidade. Voltei a ter esperanças.

### *Renascimento*

O recebimento de um novo coração foi fortemente associado a um novo nascimento, especialmente mediante a comparação do estado em que se encontrava anteriormente ao transplante com o bem estar alcançado no pós-operatório. Mesmo que nossos entrevistados não tenham tido a oportunidade de conhecer as famílias dos doadores e nem saber ao certo quem foi seu doador, faziam questão em afirmar que haviam ouvido alguém dizer que o coração transplantado era de alguém muito jovem, por exemplo, um motoqueiro que havia morrido em um acidente e que, certamente, era muito saudável. *Agora tenho um coração de vinte anos e sinto-me jovem assim.* Outros trechos de entrevistas ilustram essa ideia:

Antes do transplante me sentia muito mal, não conseguia comer as coisas direito, tinha muita ansiedade de vômito, tomava dezesseis tipos diferentes de remédio de hora em hora. No dia seguinte ao transplante, eu queria levantar da cama, andar, fazer de tudo. Parecia que ia abraçar o mundo, tamanho era o bem estar que estava sentindo.

Uma nova vida foi associada a um coração novo: “Assim aconteceu: fui para casa, dormi na minha cama, que noite maravilhosa, como eu sentia falta do meu lar. Estava encantado, voltar para casa e ainda sadio! Com coração novo, não sentia mais aquele cansaço e nem falta de ar.”

### *Não alusão à ameaça de morte iminente anterior ao transplante*

Apesar da situação de morte iminente em que vivia a maioria das pessoas durante o período em que aguardavam na fila de transplante, pacientes e familiares praticamente não se referiram à questão morte durante as entrevistas, como se não tivessem passado por isso. Qualquer alusão à morte era logo seguida de completa negação. Dorival comentou:

Quero esquecer tudo que passei enquanto aguardava a cirurgia. Na maior parte do tempo nem me lembro daquele período, principalmente agora que estou bem e voltei a ter uma vida normal. Não gosto nem de falar sobre o assunto. Atualmente estou aposentado e posso fazer o que mais gosto. Vou ao Clube Piratininga todas as semanas, um local de muito respeito, onde se pode dançar por amor à dança.

### *Polaridade em relação ao significado do coração*

A polaridade em relação ao coração, em que o órgão foi ora considerado como bomba biomecânica e ora associado a de sentimentos, comportamentos e emoções, apareceu nitidamente no discurso de transplantados de seus familiares. Muitos pacientes faziam um enorme esforço em mostrar que haviam incorporado intelectualmente o discurso científico e foram enfáticos em afirmar que o coração é apenas uma bomba biomecânica. Afirmações similares a esta foram muito comuns:

O coração é apenas uma bomba. Não mudei em nada após o transplante. Apenas voltei a viver normalmente. Antes da cirurgia, não conseguia dar dois passos que já sentia falta de ar. O que

mais me incomodava era a sede. Daria tudo para tomar um copo de suco gelado, mas se bebesse um pouquinho de água a mais já ficava todo inchado e, algumas vezes, cheguei a ter edema agudo.

No entanto, ao relatar as falas e dúvidas de familiares e amigos em relação ao transplante deixavam escapar conteúdos que associavam o coração ao seu aspecto mais sutil.

Ao contrário de alguns que negaram veementemente que alguma vez na vida chegaram a atribuir um sentido mais amplo e sutil ao coração, houve também quem expressasse essa ideia, ainda que a confrontando com o discurso científico:

Antes do transplante eu acreditava que os sentimentos estavam no coração, mas hoje eu penso que o coração é uma bomba, um músculo que bombeia o sangue. A função dele é essa, não está relacionado com o cérebro, no sentido de governá-lo. Quem governa tudo é a cabeça.

A opinião de que o coração ultrapassa a dimensão material que lhe é comumente conferida para adquirir um papel central em que é associado a sentimentos, emoções e conteúdos profundos mostrou-se plenamente na fala de Maria do Socorro, irmã de uma transplantada cardíaca, a qual também sofreu problemas cardíacos menos sérios, tendo se recuperado bem de um infarto do miocárdio:

Para mim o coração é um mistério muito grande. Não consigo decifrar o coração. Acho que ele é tudo. Tenho até medo dele. Às vezes, a gente sente alguma coisinha estranha e já fica alisando o coração, acarinhando-o para que nada ruim aconteça. Mas é complicado. Acho que são os dois órgãos que nos comandam – o coração e o cérebro. São as duas coisas que mais sofrem na gente, porque o coração é tanto amor e porque o cérebro armazena um monte de coisas. E essas coisas passam para o coração, que, às vezes, fica apertadinho. O coração é afetado pelos pensamentos. Se a gente não está pensando, e está com a mente calma, o coração também está tranquilo. Mas se a gente está com problemas, o coração sente. Eu penso assim.

## Discussão

O tema gratidão surgiu espontaneamente no discurso da maioria dos pacientes e familiares. Este resultado é consistente com o de outro estudo qualitativo acerca da experiência do paciente transplantado portador de Doença de Chagas (Sadala, Stolf e Bicudo, 2008). Em ambos os estudos, gratidão evocou reciprocidade.

Profissionais da área de saúde constantemente se deparam com uma atitude de gratidão, em que seus pacientes, após vencerem situações difíceis, demonstram-se gratos pelo cuidado ou gratos a uma força maior que propiciou sua recuperação. No entanto, este tema foge ao escopo dos artigos científicos da área de saúde, sendo pouco abordado, exceto em textos que dizem respeito à Psicologia. Em uma revisão de literatura sobre a gratidão, Pieta e Freitas (2009) reportam que a gratidão teria um importante papel no equilíbrio e na coesão social e apontam para a hipótese de que ela se desenvolve ao longo da infância. As perguntas sobre se a gratidão é inata, se se manifesta de diferentes maneiras de acordo com a idade e o sexo, se pode ser estimulada e de que forma influencia o funcionamento psicológico seguem sem respostas.

Diversos filósofos, desde a antiguidade, têm escrito sobre a gratidão, considerando-a uma das mais importantes virtudes. A Antístenes, filósofo grego e discípulo de Sócrates, um dos fundadores da Escola Cínica (Laercio, 2013), é imputada a seguinte frase: *a gratidão é a memória do coração* (Buchsbaum, 2004). Este filósofo vinculou a gratidão ao coração, vinculação essa que ainda hoje é corrente. As pessoas em geral, assim como alguns de nossos colaboradores, costumam dizer: *sou grato de coração*.

Na peça teatral escrita por Dias Gomes, O Pagador de Promessas, Zé do Burro demonstra a sua fé, fidelidade e gratidão pela cura do seu burro carregando uma pesada cruz em seus ombros por um longo trajeto, até a praça, em Salvador, onde se localiza a Igreja de Santa Bárbara. Neste

contexto, a gratidão é fortemente associada à espiritualidade, o que nos remete a outro tema predominante no discurso de nossos colaboradores (Souza e Nunes, 2012).

Ficou evidenciado o fato que pacientes e familiares, frente a situações difíceis e que fogem a seu controle, voltam-se a práticas espirituais, reforçando suas crenças ou buscando novas abordagens, em busca de conforto e soluções. A partir de uma pesquisa realizada com relatos de cardiopatas crônicos submetidos a transplante cardíaco, Chimenti (2007) verifica que a tecnologia interfere significativamente no processo de metamorfose da identidade do paciente, mas que também a religiosidade acaba desempenhando um papel primordial na atribuição de um “sentido emancipatório”, necessário para a construção da nova identidade.

A presença tão constante de temas relacionados à espiritualidade e religiosidade nos discursos de nossos colaboradores reforça a ideia corrente na literatura acerca da necessidade em se contemplar a dimensão espiritual de pacientes e familiares no aprimoramento do relacionamento profissional de saúde / paciente. Alguns estudos demonstram não apenas que a espiritualidade e religiosidade estão arroladas a uma melhora clínica dos pacientes, como também uma associação positiva entre as mesmas e uma melhora em relação a variáveis e marcadores de doenças crônicas (Perez et al., 2007).

O tema espiritualidade também pode ser considerado fortemente associado ao coração, pois, popularmente e de acordo com algumas religiões, ele é símbolo do Amor e objeto de devoção. No catolicismo, por exemplo, temos o culto ao Sagrado Coração de Jesus e Maria (Boydjian, 1990).

O período pré-operatório, durante a permanência na fila de transplante, certamente foi extremamente difícil para nossos colaboradores, por ser permeado por dores físicas e emocionais inimagináveis e pela incerteza então experimentada. Quando se reportavam ao que lhes deu forças para suportarem aquele tempo de provas, a referência a Deus vinha em primeiro lugar. Por outro lado, o amor aos familiares e a pulsão de vida representada pelas ligações amorosas que pacientes estabelecem com o mundo, com as outras pessoas e consigo mesmos (Almeida, 2009) mostraram-se tão fortes que levaram os pacientes a suportarem experiências extremamente difíceis. Muitas pessoas teriam recusado o transplante não fosse o chamado da vida vibrando com tamanha intensidade. Talvez esse seja o motivo pelo qual o tema renascimento ou um novo nascimento tenha se mostrado tão presente em seus relatos.

Causou-nos estranheza a não alusão à ameaça de morte iminente que assolava os pacientes na fase anterior ao transplante. Em seu estudo, O ninho da Fênix: sobre as relações objetivas de pacientes em transplante cardíaco, Pereira e Rosa (2007) afirmam que frente à indicação de um transplante cardíaco e à constatação do risco de morte iminente de resolução incerta, os pacientes apresentam um funcionamento mental depressivo, o qual pode ser potencializado por dificuldades emocionais pregressas e também alterado pela indicação de transplante. A hipótese de estes pacientes abrigarem-se em um estado mental de refúgio – em que se distanciam ou se protegem por objetos religiosos – em relação a este sofrimento emocional parece ser suportada pelo discurso de nossos sujeitos. Assim, a não alusão à morte iminente que foi vivenciada pelos pacientes parece representar uma espécie de negação que funcionaria como uma medida de adaptação temporária até que a sobrevivência fosse garantida com a realização da aguardada cirurgia, o que evoca o mito da Fênix.

A polaridade acerca do significado do coração, a qual se configurou ao longo da História, ainda persiste quando se compara os discursos dos vários grupos apresentados, sendo que a visão biomecânica se fez mais evidente em uma abordagem mais superficial e a visão vitalista se revelou claramente, ainda que, muitas vezes, nas entrelinhas. O modelo biomecânico que tem reinado todo-poderoso por séculos também começa a ser transcendido por alguns cientistas da atualidade, os quais se utilizam de referenciais da física quântica e ousam afirmar que é o coração humano, e não o cérebro, que retém os segredos que conectam o corpo, a mente e o espírito (Pearsall, 2004). Certamente suas ideias têm sido contestadas pela maior parte da comunidade científica, mas encontram ressonância nos relatos de nossos sujeitos.

## Considerações finais

Este é um estudo qualitativo, não permitindo, portanto, a generalização. As limitações do estudo dizem respeito ao fato de termos tido a oportunidade de entrevistar apenas pacientes, juntamente com seus familiares, que foram bem sucedidos em sua recuperação e que aderiram plenamente ao acompanhamento pós-operatório. Alguns desses participantes relataram histórias de outros pacientes que conheceram, os quais abandonaram o tratamento com imunossupressores ou entregaram-se a uma vida desregrada, o que os levou ao óbito. Tais participantes mostraram certa indignação em relação ao fato e tentaram construir hipóteses que explicassem o comportamento que consideraram inaceitável. Afirmavam que a depressão ou o abandono familiar levaram a não adesão ao tratamento. Não tivemos a oportunidade de entrevistar ninguém que tivesse passando por dificuldades semelhantes e, assim, não foi possível um aprofundamento em relação a essa questão.

A presente pesquisa resultou em um rico e extenso material, o qual permitirá novas formas de interpretação para verificação de outras hipóteses. Ainda, em decorrência da metodologia adotada (História Oral de Vida) podemos afirmar que a própria pesquisa apresenta um caráter humanizador em saúde, já que o colaborador foi profundamente valorizado em sua experiência e teve o texto produzido a partir de seu discurso por meio do processo de transcrição devolvido para legitimação. O caráter humanizador também ficou evidente quando, em disciplina eletiva dirigida a estudantes de Medicina e Enfermagem (Narrativas em ciências da Saúde: uma via para a humanização) tivemos a oportunidade de promover a reflexão acerca de temas recorrentes na prática das Ciências da Saúde, tais como dor, sofrimento, morte, empatia, dificuldades no relacionamento profissional / paciente, etc. a partir das entrevistas transcritas.

A relevância deste estudo deve-se ao grande número de participantes entrevistados e, mesmo esta avaliação preliminar, propiciou o entendimento e o aprofundamento acerca das questões iniciais propostas e levantou outras questões, considerando-se a experiência do transplante cardíaco.

## Gráficos

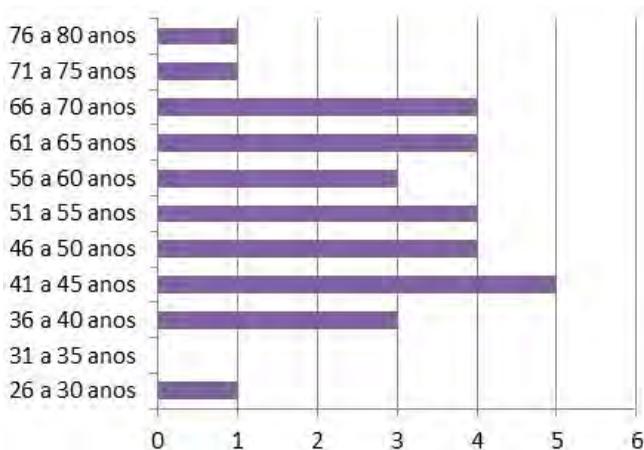


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes de acordo com a idade à época da entrevista

Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.

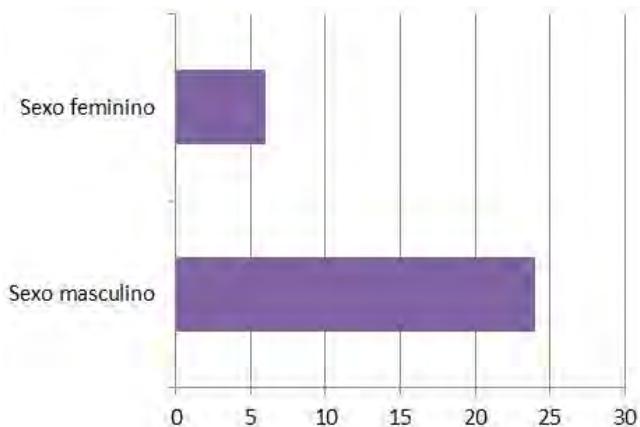


Gráfico 2: Distribuição de pacientes de acordo com o sexo  
*Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.*

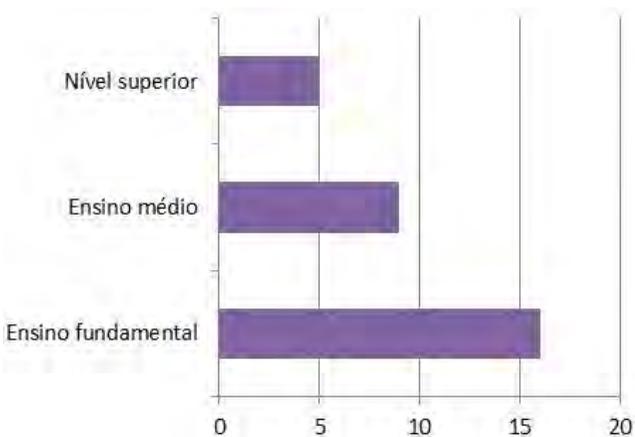


Gráfico 3: Distribuição dos pacientes de acordo com a escolaridade  
*Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.*

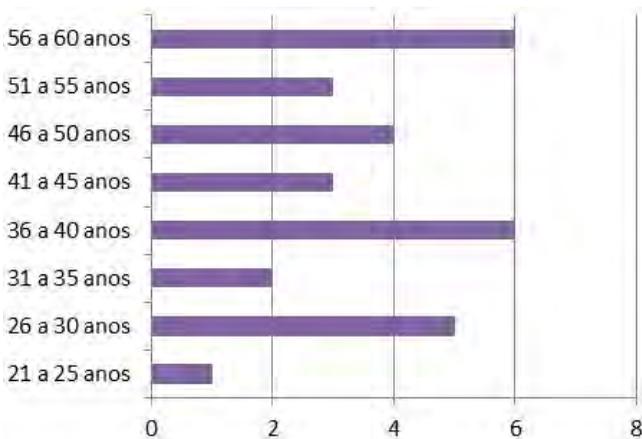


Gráfico 4: Distribuição dos pacientes de acordo com a idade de realização do transplante  
*Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.*

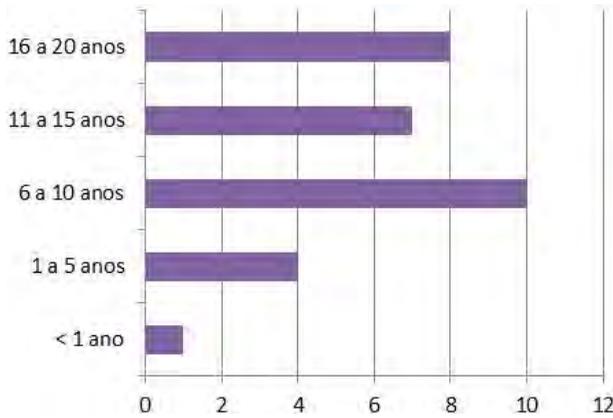


Gráfico 5: Distribuição dos pacientes de acordo com período de pós-operatório  
 Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.

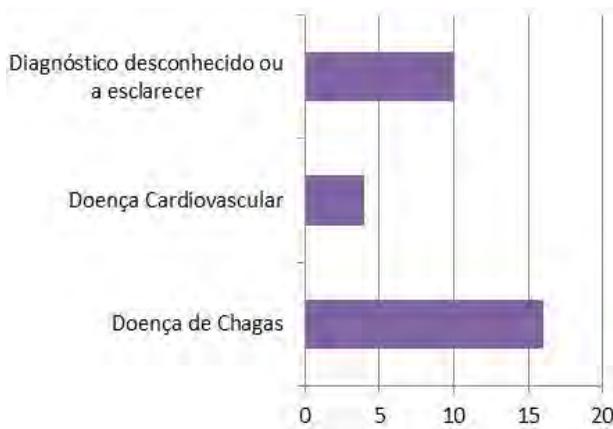


Gráfico 6: Distribuição dos pacientes de acordo com a doença de base  
 Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.

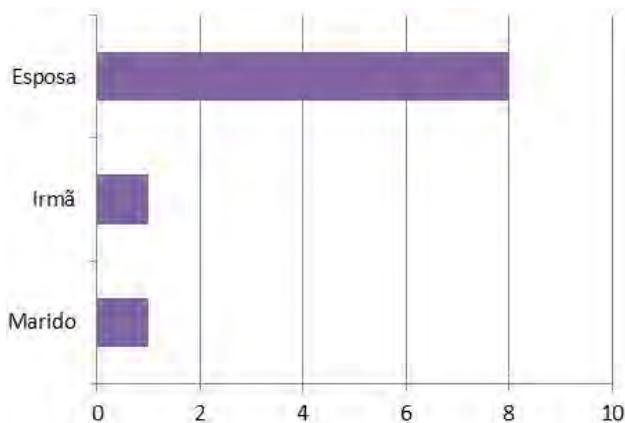


Gráfico 7: Distribuição de familiares de acordo com grau de parentesco  
 Fonte: De Benedetto, Vieira e Gallian, 2014.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, Vlândia. (2009). *Pulsão de Vida, Pulsão de Morte*. Texto Apresentado no Blog – Estudando Psicologia. Disponível em: <http://estudandopsicologia.wordpress.com/2009/07/06/pulsao-de-vida-e-pulsao-de-morte> e acessado em: 12/03/2013.
- Borkan, Jeffrey. (1999). Immersion/Crystallization in: Miller, W. C.; Crabtree B. F: *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Boyadjian, Noubar. (1990). *The Heart: Its History, Its Symbolism, Its Iconography, and Its Disease*, Antwerp (Belgium): Esco Books.
- Buchsbaum, Paulo. (2004). *Frases Geniais*, Rio de Janeiro: Ediouro.
- Canguilhem, Georges. (1975). *O Normal e o Patológico* (M. T. Leite, Trad.), Rio de Janeiro: Forense.
- Chimenti, Maria Cecília. (2007). A Identidade do Cardiopata Crônico e o Sentido Atribuído à Medicalização no Transplante Cardíaco. *Tese apresentada para a obtenção do grau de doutor à comissão julgadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social.
- Costa, Iseu Affonso. (1998). História da Cirurgia Cardíaca Brasileira, *Rev Bras Cir Cardiovasc* [on line], 13(1), 1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76381998000100002> e acessado em 03/07/2010.
- Gallian, Dante. (2008). “A História do Coração”. *Ser Médico. Revista do CREMESP* 44, 16-19.
- Laercio, Diogenes. (1988). *Vidas e doutrinas dos filósofos ilustres*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Levetin, Daniel. (2000). “In Search of the Musical Brain”. *Cerebrum* 2(4), 1-24.
- Meihy, J.C.S.B. & Holanda, F. (2007). *História Oral: como fazer, como pensar*, São Paulo, Contexto.
- Murtra, Marcos. (2002). “The adventure of cardiac surgery”. *Eur J Cardiothorac Surg* 21, 167-180.
- Nogueira, Roberto Passos. (2011). “Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger”. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(1), 259-266.
- Oliveira, Anamar Moncavo. (2012). “A psicologia de Platão: sobre a teoria da psyché (alma) humana no diálogo Fedro, a partir das categorias do apolíneo e do dionisíaco”. *Plêthos*, 2(1), 173-193.
- Pearsall, Paul. (2004). *Memória das Células – A Sabedoria e o Poder da Energia do Coração*. São Paulo: Editora Mercuryo Ltda.
- Pereira A. A. M.; Rosa J. T. (2007). “O ninho da Fênix: sobre as relações objetais de pacientes em transplante cardíaco”. *Mudanças - Psicologia da Saúde* 15(1), 73-80.
- Peres, M.F.P., Arantes, A.C.L.Q.; Lessa, P. & Caous, C.A. (2007). “A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos”. *Rev. Psiq. Clín.* 34(1), 82-87.
- Pieta, M. A. M. & Freitas, L. B. L. (2009). “Sobre a gratidão”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 61(1), 100-108.
- Sadala, M. L. A.; Stolf, A. G. & Bicudo, M. A. V. (2009). “Heart transplantation: the experience of patients with Chagas disease”. *Rev. Esc. Enferm. USP* {on line}, 43(3), 584-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en\\_a13v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a13v43n3.pdf) e acessado em 05/07/2010.
- Souza, C. T. C. & Nunes, R. L. S. (2012). *O pagador de promessas de Dias Gomes: linguagem teatral, linguagem quadrinística e formação do leitor*. Texto apresentado no VI Colóquio Internacional de Educação e Contemporaneidade. Disponível em [http://www.educonufs.com.br/cdvicoloquio/eixo\\_12/PDF/16.pdf](http://www.educonufs.com.br/cdvicoloquio/eixo_12/PDF/16.pdf) e acessado em 14/03/2013.

## **SOBRE OS AUTORES**

***Maria Auxiliadora Craice de Benedetto:*** Pesquisadora do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva de Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus São Paulo. Médica e diretora de Publicações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA).

***Nadia Vitorino Vieira:*** Psicóloga e pesquisadora do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus São Paulo.

***Dante Marcello Claramonte Gallian:*** Docente do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus São Paulo.



# Psicologia Sócio Histórica: Historicidade X Naturalização, Desafios Da Produção Teórico-Práticos Em Saúde Pública

Edna Peters Kahhale, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil  
Carlos Roberto de Castro e Silva, Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
Alexandro da Silva, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** *Objetiva-se promover o debate crítico sobre a construção de conhecimentos na área da Psicologia tomando como parâmetros a noção de historicidade, a questão da dialética objetividade - subjetividade na constituição do sujeito e a subjetividade sob a perspectiva do materialismo dialético e histórico. Questionar o conhecimento da psicologia a partir da categoria historicidade envolve questionar a naturalização dos fenômenos individuais, singulares e sociais em uma perspectiva localizada, problematizando os conteúdos de caráter universalizantes e apriorísticos. Essa perspectiva de pesquisa e reflexão pretende alcançar os fundamentos das construções teóricas e práticas, abrindo um campo de reflexão sobre o entrelaçamento das práticas sociais concretas e as construções teóricas geradas a partir de demandas em contextos específicos (situações de saúde e doença; de produção da vida material; de estranhamento e significações não usuais ou hegemônicas frente ao cotidiano da vida). Ao realizar essa tarefa, configura-se necessariamente como teoria crítica, pois aponta a ideologia presente em teorias que "naturalizam" fenômenos psicossociais e ocultam seu comprometimento com interesses dominantes que, por seu caráter ideológico, alienam o indivíduo e os grupos nos quais se insere dificultando a constituição do sujeito de direitos. A falta desta reflexão crítica engendra práticas profissionais normatizadoras e alienantes. Será problematizada a inserção da psicologia na atenção básica e secundária tanto do ponto de vista teórico como de atuação.*

**Palavras-chave:** *historicidade, saúde pública, atenção básica, psicologia sócio histórica*

**Abstract:** *It aims to promote critical debate on the construction of knowledge in psychology taking parameters such as the notion of historicity, the question of dialectical objectivity - subjectivity the constitution of the subject and subjectivity from the perspective of dialectical and historical materialism. Question the knowledge of psychology from category involves questioning the historicity of individual naturalization, natural phenomena and located in a social perspective, discussing the contents of universals and a priori character. That research perspective and reflection pursues the foundations of theoretical constructs and practice, opening a field of reflection on the interweaving of concrete social practices and theoretical constructs generated from demands in specific contexts (situations of health and illness; production of material life, estrangement and unusual or hegemonic meanings opposite the everyday life). In performing this task, configures itself necessarily as critical theory, since it indicates the present theories on ideology that "natural" phenomena and psychosocial conceal their commitment to dominant interests which, in ideological nature, alienate individuals and groups in which they live hindering the formation of the subject of rights. This lack of critical reflection engenders professional practices normalizing and alienating. The problematic of the inclusion of psychology in primary and secondary care is discussed of both point of view theoretical as an action.*

**Keywords:** *Historicity, Public Health, Primary Care, Historical Social Psychology*

**A** Psicologia tem se inserido no campo da saúde de maneira contraditória. A área tem uma disputa histórica entre conceber a saúde como possibilidade ativa dos homens na relação com o contexto natural e social, significando um processo dinâmico de construção da autonomia entre as possibilidades e limites de vida frente aos agravos à saúde; ou conceber saúde como ausência de doença (apesar de propagar-se uma visão integrada do ser humano), cujo foco das ações é a doença, os agentes patogênicos e a etiologia do adoecimento. Sua expressão pode ser vista na naturalização de algumas situações como adoecimento, por



exemplo, na área da saúde da mulher, a tensão pré-menstrual (TPM), as crises da adolescência e do climatério. Descontextualiza-se a situação de adoecimento de seus determinantes históricos, sociais e pessoais.

Tendo assumido na atuação e formação os princípios que embasam a Psicologia Sócio-Histórica<sup>1</sup>, utilizamos como critérios de análise as noções de unidade contraditória da matéria, de historicidade e de totalidade, bem como as categorias de subjetividade social e individual expressas nos processos de saúde e doença presentes na área da Psicologia da Saúde. Mais recentemente, outras categorias de análise têm sido incorporadas em nossas discussões, como a categoria de território cuja característica é articular as produções humanas a partir de suas espacializações, ampliando nossos processos de análise e intervenção.

O homem se constitui socialmente no tempo e no espaço ao mesmo tempo em que constitui as condições sócio históricas em que vive; é produto e produtor das condições objetivas e subjetivas de sua sobrevivência. Além disso, o homem é um ser único, que envolve uma unidade contraditória entre corpo e psiquismo. O psiquismo se constitui enquanto uma expressão subjetiva da realidade, sendo um conjunto de operações de diversas naturezas que foram se desenvolvendo historicamente a partir do trabalho humano e do desenvolvimento social mediados pela linguagem, a emoção e o pensamento. A subjetividade não é algo que vem de “fora” e que aparece dentro do indivíduo, como também não é algo que vem de “dentro” e se expressa no mundo, pois se a entendermos assim manteremos a dualidade indivíduo e sociedade e não faremos a superação dialética necessária. (Kahhale et al, 2010). *O sujeito representa a singularização de uma história irrepitível, capaz de ‘captar’ elementos de subjetividade social que somente serão inteligíveis ao conhecimento por meio da construção de indicadores singulares presentes nas expressões individuais* (González Rey, 2003: 136).

Pensar a saúde com os parâmetros de historicidade implica em conceber a articulação dialética entre plural e singular, pensar e analisar as localizações e condições históricas e sociais em que vivem as sociedades, comunidades, grupos sociais e indivíduos.

Esta concepção permite superar com uma visão ideológica de saúde e doença enquanto antagonistas, condicionando seu aparecimento e estabilização enquanto responsabilidade única e exclusiva do indivíduo. Esse tipo de expressão oposicional desconsidera que a capacidade dos sujeitos de lidar com seus agravos à saúde é um índice de autonomia que os colocam em outra condição não só frente ao próprio agravo, mas também em relação às organizações (pessoais, sociais, culturais, políticas) que precisam realizar para superá-lo (o agravo à saúde). Nesse sentido, cada sujeito é plurilocalizado, dependendo das dimensões que aciona – ou não - para lidar com sua condição, no interior das relações que estabelece, ele tensiona elementos que vão organizando seu lugar no jogo das relações sócio-culturais. Neste contexto, observamos no imaginário popular as concepções de doença como culpa e castigo por ações ou omissões individuais próprias e/ou de parentes próximos (Berlinguer, 1988).

A doença é um processo resultante de múltiplos condicionamentos, tendo como origens tão diversificadas quanto suas expressões, podendo ocorrer devido a um mal estar, insegurança social, estresse, tensões no ambiente social, déficits orgânicos, problemas ecológicos, entre outros. Disto decorre que saúde demanda um projeto social com dimensões econômica, política, social, médica e psicológica (San Martín, 1986; Illich, 1981; Field, 1992; Cohn e col., 1991). É esta perspectiva que nos permite falar da Psicologia na saúde. No processo dialético de constituição do sujeito, ele constrói também sua saúde ou sua vulnerabilidade, que pode gerar situações de adoecimento e de risco à vida.

A saúde é um cruzamento das capacidades de enfrentamento, tolerância, compensação e adaptação de cada indivíduo, dos grupos e da sociedade em geral, frente às condições ambientais,

---

<sup>1</sup> Inaugurada por Vigotsky e colaboradores no início do século XX e assim denominada pela equipe de pesquisadores da PUCSP em 1990.

sociais, políticas e culturais nas quais estão inseridos; é uma condição de apropriação ativa entre o ser humano, seus espaços natural, familiar e social; é um processo dinâmico, de busca de superação das contradições, não sendo possível falar em saúde plena, estática. Será sempre relativa e integrativa das dimensões do humano (física, psíquica e social). Portanto, saúde é a busca constante de superação das contradições vividas pelo homem como um todo, inserido no tempo e no espaço, produzida socialmente. A dialética saúde-doença integra as dimensões da biologia, da ecologia, da sociologia, da economia, da cultura, da subjetividade de cada ser humano. É um processo qualitativo complexo que define o funcionamento integrado do organismo, expressando um corpo simbólico, somático e psíquico, formando a unidade em que ambos são inseparáveis, com qualidades próprias, não se reduzindo um ao outro (González Rey, 2004, 2004a; Kahhale, 2003b). Esse processo contraditório de saúde e doença, que exige se perceber e se constituir como protagonista na direção da construção de projetos de vida, pessoais e coletivos, que expressem qualidade de vida e que encerram em si mesmo uma pluralidade e uma complexidade, que precisa ser considerada diante dos fenômenos de saúde e doença. Essa complexidade ao ser considerada abre portas para se pensar o sujeito na singularidade de seu processo.

A saúde, portanto, refere-se ao campo simbólico que constitui ou integra o sujeito; um sujeito que possui um corpo que pode adoecer; um sujeito que vive em determinadas condições que facilitam ou não seu adoecimento, que está inserido em uma cultura que lhe oferece referência para significar o que se passa com sua saúde e para lidar com o real; um sujeito que se integra em um coletivo que é co-produtor (juntamente com ele) de sua situação, qualidade e condição de saúde. Todas as condições e aspectos da vida social e das condições do corpo serão significados pelo sujeito. Sua vivência corporal terá um correspondente simbólico que integra sua subjetividade, facilitando, possibilitando ou dificultando sua recuperação. Estes corpos simbólicos, expressando uma subjetividade construída ao longo da história pessoal e social de cada indivíduo (Kahhale, 2002 e 2003, Kahhale et al., 2010) que devem orientar a assistência.

A Psicologia vive estas contradições entre conceber um indivíduo integrado, sujeito e produtor de si ao lado de concepções que naturalizam o psiquismo, priorizam os aspectos patológicos e os comportamentos “desviantes”. No intuito de contribuir para a superação destas contradições apontamos algumas reflexões e diretivas de ação.

Promover saúde e cidadania é um processo que negocia condições junto à população para que esta tenha controle e desenvolva seus parâmetros de vida saudável, portanto está diretamente relacionada com a construção da subjetividade individual e social expressas no desenvolvimento da consciência individual e do grupo, localizando-os em seus múltiplos lugares do processo de reprodução social. Neste sentido, envolve trabalhar com toda a população e não só com a população considerada vulnerável (Ayres, 1997; Brasil, 1999a e 2000).<sup>2</sup> Demanda criar condições para que a população possa assumir o controle e a responsabilidade por meio de ações espontâneas e planejadas, o que requer que a informação seja socializada e esteja disponível a todos. Ao lado da sensibilização para outras formas de entender e intervir em seu contexto, a informação é o primeiro passo para se assumir o controle e a responsabilidade sobre as ações de cidadania, que deverá ser seguida de reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem o território para as ações se efetivarem. É a possibilidade de exercer controle social sobre as políticas públicas e sociais, que variam historicamente em suas conjunturas, portanto demandando a participação pública e concreta de todos os atores envolvidos (Franco e Merhy, 2000; Iyda, 1992; Berlinguer, 1993).

O trabalho do profissional deve promover as condições necessárias para que os sujeitos construam uma intervenção transformadora sobre o mundo cotidiano. Assim, sua atuação está

---

<sup>2</sup> No entanto, quando se tem uma população em situações de grande exclusão social, tendo sua vulnerabilidade aumentada, as políticas públicas devem priorizar o atendimento a estas populações neste processo de promoção de saúde e de qualidade de vida.

ligada às formas de articulação dos processos singulares e plurais, característicos do viver social, de modo que cada sujeito – assim como cada grupo – possa se apropriar das condições necessárias para a produção da autonomia frente às demandas da realidade. Toda intervenção não pode deixar de considerar a historicidade dos processos envolvidos, portanto vincula o homem à sociedade e ao contexto sócio-histórico em que está inserido, considera que tudo pode ser diferente, que o desenvolvimento humano é um processo dialético, localizado no espaço e no tempo.

Quem promove saúde? Em princípio, todas as pessoas, pois todas têm o direito inalienável à saúde, no entanto, ele não é dado, mas conquistado. Assim, a saúde de uma comunidade é um produto elaborado por ela mesma que expressa os diversos momentos que estão embutidos neste processo de conquista (San Martín, 1986; Berlinguer, 1988 e 1996; Nunes, 1994; Campos, 1996, Bravo, 2002). Neste contexto, o profissional de saúde, especialmente o psicólogo, pode contribuir com condições específicas no movimento de conquista de saúde pela comunidade, através da ação educativa e de cuidado, que envolve informação, troca, compreensão, revisão e proposta de solução aos problemas vividos por ela (Campos, 1996; Moura, 1989; Correia, 2000; Takashima, 2000); por exemplo, participar nos Conselhos gestores (ou de controle social) ou estimular os usuários a se organizarem para participarem.

Para tornar possível a inserção do profissional de saúde, particularmente o psicólogo, no sistema de saúde é necessário que ele tenha domínio de epidemiologia e do sistema de saúde brasileiro (SUS), e, dos programas nacionais específicos da área onde atua, pois estas informações fornecerão elementos para decidir áreas prioritárias e demandas da população.

Outro ponto importante nesta inserção é a forma como o profissional compreende o **lugar** onde está inserido e como articula essa compreensão junto aos demais profissionais na tentativa de produzir intervenções coletivas que trabalhem a integralidade do cuidado. Nesse sentido, vamos recuperar a categoria que é pressuposto das ações do SUS e que tem sido incorporada pela política de saúde como importante balizador de suas ações. Quando falamos mais acima a respeito das plurilocalizações do sujeito, estávamos nos referindo à forma como a questão do **espaço** ocupa um lugar importante na compreensão das múltiplas fontes de interpelação da atividade humana. No entanto, na saúde, esta categoria tem sido apropriada através de outra mais contemporânea que possibilita a compreensão da produção do espaço pelo homem em sua relação com a cultura, tendo então a categoria de território um lugar central na organização dessa articulação.

De forma breve, o conceito de território ressurge na Geografia nas décadas de 50/60 como estratégia de encaminhar teoricamente o fato de que o espaço é relativo, ou seja, muda em relação à perspectiva de quem o coteja. Essa mudança teve um forte impacto acerca das formas de entendimento e atuação sobre o espaço, pois, ao considerar a relatividade de sua constituição, produziu um deslocamento das compreensões baseadas em seu aspecto físico (material) em direção aos aspectos subjetivos que formariam igualmente uma perspectiva de localização do sujeito.

Segundo Saquet (2007), a noção de território foi progressivamente sendo usada para realizar essa nova abrangência nas localizações de objetos considerando tanto os aspectos materiais quanto imateriais da produção do espaço pelo homem. Nesta perspectiva ampliada, a categoria de território, quando apropriada pelo psicólogo em sua atuação profissional, pode ampliar seu rol de concepções e ações voltadas à apropriação do território pela coletividade na qual se encontra.

Na atualidade a questão do território tem sido pensada nas ações em saúde por duas vias: pela gestão, no ordenamento geográfico dos equipamentos de saúde; e pelos profissionais, na compreensão dos locais onde estes equipamentos se encontram<sup>3</sup>. Embora todas essas ações sejam importantes, gostaríamos de inserir novos campos de discussão nos quais o território possa ser pensado para além de suas configurações físicas, ou seja, pelas múltiplas formas como

---

<sup>3</sup> De certa forma, norteadas pelo princípio do SUS de regionalização das ações de saúde.

– no interior de relações comunitárias – são produzidas diversas localizações, estando situadas ou não nos lugares geográficos que comportam tais relações.

Neste ponto retomamos a questão das *plurilocalizações* já citadas anteriormente. Cada sujeito e cada coletividade organiza seu cotidiano a partir de uma série de elementos que se relacionam de forma interseccional na produção de sua existência em relação à cultura. Por mais localizadas que sejam essas produções, por exemplo, a pobreza, não podemos tomá-la como referência constitutiva tanto dos sujeitos quanto da coletividade onde estes se encontrem. Esta compreensão permite o redimensionamento dessas relações de modo que os lugares sociais genéricos sejam constantemente reposicionados de acordo com o *lugar* ocupado pelos atores nas múltiplas localizações (físicas e sociais) que podem ocupar. Conforme nosso exemplo, uma região geograficamente pobre não significa uma região sem recursos. É na relação com os sujeitos que a potência para ação (Sawaia, 2010), ou seja, aquilo rompe com uma condição subalterna, trabalha o paradoxo entre o lugar social e a posição do sujeito. Observem que essas sutilezas são modos de leitura da realidade que fazem parte do escopo de trabalho do psicólogo.

A partir dessas leituras, a articulação entre os processos de territorialização (Haesbaert, 2007) de sujeitos e coletividades envolvem constantes rearticulações nas formas de atuação do trabalho em saúde. Se entendermos os processos de territorialização em uma perspectiva ampliada – que embora não desconsidere sua porção física, não se resume somente a ela – é preciso compreender como essas apropriações do lugar ocorrem, sobretudo, como se articulam os elementos que definem e redefinem constantemente as relações entre sujeito e coletividade.

A título de ilustração, vamos situar dois elementos que ajudam a pensar essa constância. O primeiro deles é a questão da *formação das redes*<sup>4</sup>. Um território é facilmente identificado pela forma como os sujeitos desenvolvem conexões (sejam elas de amizade, comércio, lazer, entre outras). Como não pode ser tomado como um todo, uma unidade constante, o território será mais bem conhecido quanto mais pontos de conexão forem identificados. Tais pontos organizam formas de sociabilidade que indicam tanto os lugares físicos de investimento de ações quanto seu potencial de impacto sobre a coletividade, uma vez que incide sobre os movimentos já organizados sobre ela. Dentro das redes, um outro elemento é fundamental; trata-se da *circulação dos sujeitos*. A forma como estes circulam pelo território indica sua mobilidade espacial e social, traçando territorializações complexas que não se esgotam nas condições concretas de trajetos presentes em cada lugar. A circulação revela interditos públicos e privados que podem ser motivo de ampliação ou restrição social. Dessa forma, compreendê-la pode significar novos modos de compreensão da territorialidade, assim como novas formas de intervenção no território, possibilitando ressignificações singulares e sociais/coletivas.

Compreendemos com Haesbaert (2007) que o sujeito humano empreende várias territorializações no decorrer de sua vida, caracterizando-as enquanto multiterritorializações. Para o autor, que caminha conosco na compreensão do espaço como construção social, é preciso superar os dualismos tradicionais que dominaram o pensamento disciplinar-eurocêntrico. As perspectivas cindidas de tempo-espaço, fixação-mobilidade, funcional e simbólico não nos ajudam a captar o movimento de sentidos que é essencial para a integralidade de qualquer compreensão; dessa forma, o autor propõe uma “perspectiva que valoriza as relações e os processos: o território num sentido relacional e processual (devendo-se mesmo falar mais em processos de “territorialização” do que de território como entidade estabilizada)” (Haesbaert, 2007, pág. 37).

Os parâmetros analíticos pontuados até o momento – historicidade, subjetividade individual e social, processos de territorialização – nos fornecem elementos para refletir no diálogo multidisciplinar que a prática do psicólogo envolve. Uma disciplina importante neste diálogo é a epidemiologia. Ela fornece ao psicólogo e aos profissionais de saúde em geral parâmetros para interpretação de dados e para divulgação, promoção de saúde e prevenção de doenças. Ela dará

<sup>4</sup> Pensando na clínica ampliada, as redes são fundamentais no cuidado na Atenção Básica.

parâmetros para uma análise de totalidade das propostas de atuação e de enfrentamento das prioridades em saúde. Ou seja, permite inserir a ação específica bem como as prioridades no contexto geral da sociedade e do grupo nos quais estão inseridas. Ela evitará que as ações de saúde reproduzam as ideologias dominantes ou se percam na defesa de interesses particulares e/ou espúrios, descontextualizando os espaços vivos dos usuários foco fundamental do cuidado em saúde. Tomemos os dois exemplos de práticas do psicólogo desenvolvidos neste artigo – atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS e o cuidado prestado pelos agentes comunitários de saúde - para apontar este diálogo multidisciplinar possível. Neste sentido, por exemplo, a formação para trabalhar na área de HIV/aids deve contemplar uma análise do desenvolvimento da epidemia no Brasil e no mundo, dos programas nacionais, estaduais e municipais de enfrentamento, de controle e de assistência desenvolvidos ao longo dos últimos 25 anos, além de buscar apreender os espaços de circulação dos usuários singulares do equipamento onde a assistência é desenvolvida. Por outro lado a formação para atuar com Agentes comunitários de saúde (ACS), é necessário informes sobre a história da construção da estratégia da saúde da família (ESF)<sup>5</sup> no âmbito nacional e municipal, e na dimensão específica dos espaços de circulação e de redes onde a unidade básica de saúde do ACS se insere.

A atenção primária requer um engajamento diferente do psicólogo, que é formado para lidar com “distúrbios psicológicos ou transtornos mentais”, com uma clientela diferente dos usuários das unidades básicas de saúde e dos serviços de atendimento especializado públicos. A atenção primária envolvendo promoção de saúde e prevenção de doenças exige uma nova visão de homem, como ser histórico, social, ativo e espacializado em contraposição às visões naturalizantes da Psicologia, o homem livre, natural e racional (Bock, 1999; Bock e col. 2001). A prática profissional do psicólogo deveria envolver um projeto de intervenção, onde se explicita a intencionalidade e a transformação almejada. Seu trabalho envolve um processo de recriar sentidos e refazer projetos de vida, o que permitirá apropriação da subjetividade individual e social, possibilitando o controle social da saúde e a participação ativa de cada pessoa no seu processo de saúde e doença.

Para mudar o foco de atuação é necessário mudar o modelo de intervenção do método clínico clássico para práticas transformadoras, que trabalhem a contradição vivida pelo sujeito individual como único, singular e, ao mesmo tempo, social e coletivo. Além disso, devemos trabalhar com a categoria de vulnerabilidade (Ayres, 1997) por inserir o caráter histórico e dinâmico nos estudos epidemiológicos e nas políticas de saúde. Não temos grupos de risco, mas comportamentos de risco, que podem ser praticados por qualquer pessoa e não só por alguns. São as condições concretas de existência dos indivíduos as condicionantes dos comportamentos de risco ou de preservação e melhoria da saúde das pessoas (RIPSA, 2002).

De acordo com Machado *et al.* (2007) dentro da integralidade da saúde a formação e desenvolvimento dos trabalhadores têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da coletiva, a qualidade de vida (biologia) com o andar da vida (produção subjetiva); não perder a categoria de atenção integral à saúde e realizar trabalhos educativos junto à população.

Para isso é necessário efetivar o trabalho em equipe, desde o processo de formação profissional, sendo necessário estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção da saúde tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo. Por isso a discussão da integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente (Machado *et al.*, 2007).

Na tarefa de construir uma psicologia da saúde coletiva, com a qual os psicólogos se defrontam, alguns desafios exigem o diálogo interdisciplinar e a criação de novas práticas, que considerem: como a articulação entre corpo e subjetividade se expressa nas doenças; como o usuário do

---

<sup>5</sup> A explicitação da ESF e ACS está mais à frente neste texto.

sistema de saúde se constitui como sujeito histórico, apropriando-se das suas determinações; como processos corporais são criados e significados pelo sujeito ao mesmo tempo em que expressam o processo coletivo, social e cultural; a discussão sobre relações de gênero e as consequências das diferenças e discriminações vividas por homens e mulheres, para que se possa privilegiar espaços que contemplem os desvelamentos necessários à compreensão da complexidade que a dialética saúde x doença envolve; a instituição de saúde como uma instituição social que responde a demandas e interesses de grupos da sociedade (Correia, 2000; Brasil, 2000; Bravo, 2002); usuários como parceiros em um processo de construção da realidade e das subjetividades; a historicidade dos espaços onde usuários e profissionais circulam e atuam.

Essa pauta deveria compor os programas institucionais (em todos os níveis: municipal, estadual, federal), abrangendo a discussão tanto ao nível dos profissionais que atuam nas áreas de educação e saúde, como também incluindo os usuários dos dois sistemas. Como exemplo, citamos alguns espaços: programas de saúde mental, programa de saúde da mulher, programa de atenção aos adolescentes, planejamento familiar, programas de atenção a soropositivos entre outros.

Na intervenção psicológica vamos construir técnicas e formas de trabalho que permitam ao sujeito: refletir sobre o que se está trabalhando como foco da intervenção (trabalho, sexualidade, relações afetivas...), o que ele já construiu até esse momento da vida; introduzir novas informações que possam contribuir para reestruturar o que estava configurado, transformando o seu jeito de estar, circular e intervir no mundo cotidiano, ampliando suas possibilidades de inserção e de atuação.

Para exemplificar nossa reflexão, apontaremos a seguir, aspectos que possam ser incorporados na prática do psicólogo que atua junto a pessoas vivendo com HIV/Aids e junto a agentes comunitários de saúde na direção da potencialização das ações.

Iniciaremos nossos exemplos pelas pessoas vivendo com HIV/Aids, as estratégias de prevenção devem levar em consideração que é necessário criar espaços nos quais se possibilitem a discussão e reflexão, que facilitem a clarificação de crenças e concepções que ainda fazem parte do imaginário social desse segmento social sobre a aids. Também são necessárias discussões sobre os envolvimento afetivos que são percebidos como relacionamentos imunes, dispensando a negociação de práticas preventivas.

É necessário auxiliar as pessoas que vivem com HIV/aids a redimensionarem sua vida para que o *rotineiro* da medicação signifique tomá-la todos os dias, sem exceção, nos horários prescritos. A utilização do preservativo em todas as relações sexuais envolve um trabalho de assistência sobre os scripts sexuais (Paiva, 2000), com os estereótipos de gênero, com as dificuldades de negociar sexo seguro e de criar relações afetivas sexuais igualitárias.

Ações no mundo e sentidos psicológicos devem estar dialeticamente relacionados para cada um de nós, gerando sentimentos de satisfação e movimentos pessoais.

Gostaríamos de inserir a questão da **equidade** na assistência psicológica às pessoas vivendo com o HIV e aids, para criar intervenções assistenciais que respeitem as diferenças. Desta forma, apontaremos alguns pontos que merecem a atenção do psicólogo na proposição de práticas assistenciais às pessoas vivendo com HIV/aids de forma a respeitar sua demandas específicas: que o profissional de saúde amplie seu olhar para o sujeito, ou seja, para quem a pessoa é e não só para as questões do tratamento de HIV/aids.

Em relação às **mulheres**, refletir conjuntamente sobre suas vulnerabilidades, que elas possam se apropriar destas e de seus direitos para encontrarem maneiras mais assertivas para seu viver e que não as coloquem tanto em risco. Criar espaços de discussão em comunidades de **mulheres** sobre: autoestima, relações com parceiro, sexualidade, trabalho e relações sociais igualitárias.

Quanto aos **homens que fazem sexo com mulheres e homens** ajudá-los a se apropriarem de seu processo e não se deixarem levar por estereótipos de práticas sexuais ditas masculinas e femininas que os coloca em situação de vulnerabilidade assim como suas parcerias sexuais, contribuindo para a resistência aos ARV. Quanto aos **homens que fazem sexo com homens**: discutir

como a estigmatização que sofrem socialmente, vistos como marginais, pode permear suas atitudes, muitas vezes levando a uma vida marginal, que os coloca em situação de risco e vulnerabilidade; que eles possam apropriar-se deste processo de maneira mais autônoma e integrada.

Discutir sobre os estereótipos que associam o masculino com atividade e feminino com passividade e que muitas vezes não condizem com uma prática sexual entre quatro paredes. Aprender as práticas sexuais de cada um, discutindo vulnerabilidades e novas possibilidades frente às suas parcerias sexuais.

Para os **jovens** criar espaços individuais e grupais onde eles possam discutir suas relações afetivas, familiares e sociais, suas práticas sexuais e, neste sentido, que se desconstruam valores e crenças atribuídos individual e socialmente a eles. Que **os jovens** se informem e que possam falar das vivências em relação às transformações do corpo e inserção no mundo adulto. Discutindo novas possibilidades de estarem no mundo sem que necessariamente se mantenham repetindo antigas concepções.

Criar espaços para que a **família** participe e seja acompanhada conjuntamente com o usuário. O profissional deve ser um facilitador para que o usuário possa falar do diagnóstico e do seu processo de viver com HIV/aids aos seus familiares. Criar espaços para que a **família** se perceba como um forte ponto de apoio e continência aos seus membros, inclusive o que está infectado pelo HIV, para que o tratamento se desenvolva favoravelmente.

Tomemos agora para reflexão na formação e práticas do psicólogo, o exemplo da atuação junto a agentes comunitários de saúde (ACS) na direção da potencialização das ações. Para melhor compreensão de nossa análise, iniciaremos apontando a articulação do programa de atenção básica às famílias da perspectiva do SUS, ou seja, a estratégia saúde da família (ESF) para em seguida, trazer as diretrizes da atuação junto aos ACS as A Estratégia Saúde da Família traz em seu bojo muitas das expectativas de construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, pois favorece uma maior proximidade das demandas da população e busca novas formas de intervenção calcadas na promoção de saúde e prevenção de doenças. Ao mesmo tempo, evidencia as contradições e deficiências de um sistema de saúde com muitas precariedades, principalmente aquelas advindas de uma lógica mercantilista da saúde e/ou daquelas que privilegiam intervenções de alto custo tecnológico, muitas vezes inacessíveis e ineficazes para a maioria das demandas da população (Ceccim e Merhy 2009; Pasche et al 2011).

A prática da ESF promove ações que aproximam sistema e equipes de saúde e as comunidades, por meio de visitas e acompanhamentos que iniciam nos territórios, espaços geográficos onde estas pessoas vivem. Tal organização de trabalho e produção de cuidado tem um personagem importante na mediação entre as pessoas em suas comunidades e o sistema de saúde: o agente comunitário de saúde - ACS, profissional este que tem por função uma primeira aproximação com as famílias, futuros encaminhamentos e acompanhamento dos tratamentos e/ou cuidados dispensados àquela(s) família(s). Ele se torna um elo fundamental para a eficiência e eficácia da proposta da ESF, pois além de conhecer de perto a comunidade, é naquele território que ele vive e circula - sendo este inclusive, um dos critérios para exercer tal função -, deve promover a troca de saberes entre as pessoas da comunidade e os profissionais (Gomes et al. 2010).

Desta forma, o ACS enfrenta as pressões de demandas as mais diversas, desde problemas de relacionamento familiar e outros de ordem das relações humanas até problemas de ordem social como a miséria e outras formas de violência urbana e seus correlatos como tráfico e uso de drogas. Situações que marcam o cotidiano de todos na comunidade, dificultando em muito o cumprimento dos preceitos do SUS, entre os quais é possível destacar, a importância da promoção da autonomia e cidadania das pessoas das comunidades. Por isso, ao mesmo tempo em que devemos valorizar o campo de possibilidades de ações deste trabalhador, devemos problematizar as condições de trabalho e de atuação, tal como faz Tomaz (2002), quando traz o fato de que há duas tendências sobre o papel do ACS: a “superheroização” e a “romantização” do ACS,

sobrecarregando-os com uma série de demandas, cuja resolução extrapola o seu campo de atuação e, em geral, o próprio campo da saúde.

O ACS opera fundamentalmente, naquilo que na área da saúde, chamamos de campo psicossocial que, conforme Aranha e Silva & Fonseca (2005), tem como pressupostos: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar; a superação da rigidez da especificidade profissional; e a flexibilidade para produzir condições de saúde compatíveis com a necessidade do munícipe. Esta posição é coerente com a reorientação do modelo de atenção que concebe a saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações inteiras e de promoção da saúde.

A imersão no cotidiano de trabalho do ACS revela experiências singulares que contribuem para uma reflexão crítica baseada na perspectiva de apreensão do processo de construção da identidade deste profissional. O primeiro aporte se refere ao sofrimento vivido pelo ACS no cotidiano do trabalho. Ele catalisa a complexidade e contradições das relações no território as quais podemos compreender a partir da dialética do processo de inclusão e exclusão social, visto que este sofrimento é da ordem do ético-político (Sawaia, 2002), ou seja, produzido em contextos de alta vulnerabilidade social, da qual o ACS faz parte. Todavia a potencia de ação para transformar tal situação extrapola a figura do ACS. Consideramos que desnaturalizar este figura significa enxerga-la do ponto de vista da dialética que envolve os atores neste contexto, profissionais de saúde, comunidade, organizações sociais, ACS entre outros. Mais do que reforçar abstratamente a importância dos ACS devemos criar canais que ajudem a “fluir” tais vivências dentro do sistema institucionalizado (serviços de saúde, de assistência social, entre outros). Caso contrário o ACS torna-se um mero portador de notícias, muitas vezes más, sobre a comunidade e/ou, além disso, tais vivências tornam-se desencadeadoras de demandas terapêuticas destes profissionais.

Nesta perspectiva de (des) construção da figura do ACS a noção de historicidade ajuda a perceber características psicossociais importantes da formação de identidade do ACS. Desta forma, compreender as trajetórias e projetos de vida dos ACS significa dizer, entre outras coisas que, estar nesta função suscitou muitas mudanças em suas vidas, dentre elas de ascensão social. Quando ingressam neste trabalho adquirem outro status social perante a comunidade. Não é incomum voltar a estudar e/ou adquirir independência financeira, contribuindo muitas vezes para escaparem de situações de submissão e violência doméstica, como muitas das mulheres que atendem, inclusive a perspectiva de gênero contribui muito para uma análise mais aprofundada da identidade do ACS. Além do desejo de independência, a satisfação de trabalhar com o outro, também é um elemento importante na construção dessa identidade. Apesar da Lei n. 11.350/06 que prevê a contratação formal do ACS (Lacerda, 2010), em vários municípios ainda a contratação do ACS acontece por meio de Organizações Sociais. Esta situação acirra a precarização do trabalho e, além disso, gera ambiguidades quanto sua legitimidade enquanto um trabalhador importante da saúde, pois se criam poderes paralelos que desgastam suas perspectivas e não resolvem seus problemas. Aspectos que impactam diretamente na qualidade dos vínculos sociais e afetivos que este profissional estabelece com os munícipes e profissionais que atendem.

A perspectiva sócio-histórica enseja formas alternativas de capacitação do ACS, principalmente visando-o como uma figura importante no fortalecimento da autonomia e cidadania destes. A trajetória de vida, as questões cotidianas do trabalho e da vivência em territórios vulneráveis solicitam espaços institucionais de escuta, troca e elaboração destas experiências que potencializem o papel estratégico-político dos ACS. Pois, capacitações que visam sanar lacunas de conhecimento técnico geralmente correm o risco de desvalorizar as experiências vivas do território e/ou parte do pressuposto que fortalecer o papel estratégico do ACS em ações da ESF é supri-los com manuais informativos sobre os mais diferentes assuntos.

Desta forma, cogita-se capacitações que não instrumentalizassem o ACS apenas com relação ao saber biomédico ou às questões pontuais que prezam por um aprendizado burocrático e técnico, como cursos sobre dengue, tuberculose e outras patologias. Segundo Silva (2002), mesmo a informação clara e adequada não é suficiente para a sensibilização e envolvimento das pessoas. O ACS deve, então, ser capacitado sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, “(...) incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades” (Nunes e col, 2002, pág.1640), desenvolvendo a habilidade de escuta.

Assim, consideramos que a potencia de ação dos ACS está imbricada a um processo de politização deste sujeito e da valorização do contexto sócio histórico que possibilita uma visão mais realista do processo de construção da intersubjetividade no território.

## REFERÊNCIAS

- Aranha E Silva, A. L.; Fonseca, R. M. G. S. (2005). “Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial”. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 13(3), 441-9.
- Ayres, J.R.C.M. (1997). “Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia”. *Boletim Epidemiológico: AIDS – Vulnerabilidade*, C.R.T. – DST/AIDS, ano XV, 3, 2-4.
- Berlinguer, G. (1998). *A doença*. S.P: Hucitec.
- (1993). *Questões de vida (ética, ciência, saúde)* Salvador, São Paulo, Londrina: APCE-Hucitec-CEBES.
- (1996). *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Bock, A M B. (1999). *Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia*. São Paulo: EDUC: Cortez Ed.
- Bock, A M B; Gonçalves, M G M E Furgado, O (orgs.) (2001). *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez Ed.
- Brasil, Ministério da Saúde e Conselho Nacional. (2000). *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*. Brasília/DF: Ministério da Saúde.
- Bravo, M.I.S. (2002). “Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos”. In *Política social e democracia*, Bravo, M.I.S. e Pereira, P.A P., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ (pp. 43-65).
- Campos, R.H.F. (org.) (1996). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis/ RJ: Vozes.
- Carvalho, S. (2004). “Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4), 1088-1095.
- Ceccim, R.B; Merhy, E.E. (2009). “Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu 13(1), 531-542.
- Ciampa, A.C. (1986). *A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Cohn, A.; Nunes, E.; Jacobi, P.R. e Karsch, U.S. (1991). *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez.
- Correia, M. V. C. (2000). *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Field, M.C. (1992). (1992). Prefácio. In Spínola, A W P; Sá, E. N. C.; Westphal, M.F.; Adorno, R.C.F; Zioni, F. (coord.), *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: ed. Cortez (pp. 13-16).
- Franco, T.B e Merhy, E.E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In Congresso Paulista de Saúde Pública (6.: 1999 out. 17-20: Águas de Lindóia). *Anais. Saúde na cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade?* Editores Áurea Maria Zöllner Ianni e Claudia Maria Bógus São Paulo: APSP, 2000: 145-154. v.2
- Gomes, Karina de Oliveira; Cotta, R.M.M., Mitre, S.M., Batista, R.S., Cherchiglia, M.L. (2010). “O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 20(4), 1143-1164.
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: EDUC.— (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- (2004). *O Social na Psicologia e a Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- (2004a). *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*. São Paulo: Editora Thomson.
- Haesbaert, R. (2007). “Identidades territoriais: entre a multiterritorialidade e a reclusão territorial (ou: do hibridismo cultural à essencialização das identidades)”. In: Araujo, F.G.B.

- & Haesbaert, R. (orgs.) *Identidades e Territórios: questões e olhares contemporâneos*. Rio de Janeiro: Access.
- Illich, I. (1981). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Iyda, M. (1992). “Saúde pública: reprodução e legitimação”. In Spínola, A W P; Sá, E. N. C.; Westphal, M.F.; Adorno, R.C.F; Zioni, F. (coord.) *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: ed. Cortez (pp. 53-57).
- Kahhale, E.M.P. (org.). (2002). *A diversidade na Psicologia: uma construção teórica*. São Paulo, Cortez.
- (2003). “Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação comprometida”. In Bock, AMB *A perspectiva sócio histórica na formação em Psicologia* (pp. 161-191). Rio de Janeiro: Vozes.
- Kahhale, EMSP; Christovam, C; Esper, E.; Salla, M.; Anéas, T. (2010). *HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo: Cortez.
- Lacerda, A. “Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde”. Tese de doutoramento. Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.
- Machado, MFAS; Monteiro, EMLM; Queiroz, DT; Vieira, MFC; Barroso, MGT. (2007). “Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual”. *Ciência & Saúde Coletiva* 12(2), 335-342.
- Moura, D. (1989). *Saúde não se dá, conquista-se*. São Paulo: Hucitec.
- Nunes, E. D. (1994). “Saúde coletiva: história de uma idéia e de um categoria”. *Saúde e Sociedade* 3(2), 5-21.
- Nunes, M. O.; Trad, L.B.; Almeida, B. A.; Homem, C. R.; Melo, M. C. I. C. (2002). “O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico”. *Cadernos de Saúde Pública* 18(6), 1639-1646.
- Paiva, V. (2000). “A cena sexual: scripts femininos e masculinos, sujeito sexual”. In *Fazendo arte com camisinha*, ed. Paiva, V. São Paulo: Ed. Summus.
- Pasche, D.F; Passos, E.; Hennington, E.A. (2011). “Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública”. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(11), 4541-4548.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (1986). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: categorias e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- San Martín, H. (1986). *Manual de Salud Pública y Medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- Saquet, M.A. *Abordagens e concepções sobre território*. São Paulo: Expressão Popular.
- Sawaia, B.B. (2002). “O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão”. In *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial*, Sawaia, B.B. (org.) (4. Ed). São Paulo: e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Senna, M. de C. M. (2002). “Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família”. *Cadernos de Saúde Pública* 18 supl.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. 1ª ed. Vetor: São Paulo.
- Souza, M.L, R. (1992). “O Hospital: um espaço terapêutico?” *Percurso* nº 9 - 2.
- Takashima, G. M. K. (2000). “O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura”. In *Família brasileira: a base de tudo*, S.M. Kaloustian (org.) (pp. 77-92). São Paulo: Cortez; Brasília/DF: UNICEF.
- Tomaz, J.B.C. (2002). “O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói””. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 6(10), 75-94.

## SOBRE OS AUTORES

**Edna Maria Peters Kahhale:** Doutora em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia da USP; Professora e pesquisadora do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, onde coordena o Laboratório de Estudos de saúde e Sexualidade (LESSEX); que integra aulas e pesquisa (articulando com assistência na rede pública) na área de Psicologia da Saúde, especificamente saúde da mulher, sexualidade e relações de gênero sob a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica. Autora e organizadora do livro “A diversidade da Psicologia: uma construção teórica”, Ed. Cortez, 2002. Tutora do grupo PET/Psicologia SESu/PUCSP de 1995 a 2001. Nos últimos seis anos tem desenvolvido pesquisa aliada à assistência em HIV/Aids e Hepatites, enfocando relações de gênero e adesão ao tratamento, numa parceria PUCSP e UNIFESP, especificamente o Departamento de Doenças Infecto Contagiosas, no ambulatório (CEDIPA). Representante do CRP- 6ª região na Comissão Municipal de DST/Aids de São Paulo (2008 a 2011; Suplente do representante do CFP na CONAIDS de 2012-2013. Tutora do PET/Saúde do MS/MEC no programa PRO/PET/Saúde da PUCSP desde 2012.

**Carlos Roberto de Castro e Silva:** Formação em Psicologia e Filosofia realizou o pós-doutorado em Ciências Sociais pela University of Western Ontario, Canadá. Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-Baixada Santista), atuando na graduação no curso de Psicologia, no eixo comum de Trabalho em Saúde e na Pós-graduação no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde. O trabalho de pesquisa e intervenção estão voltados para as áreas da psicologia social comunitária e saúde coletiva, destacando temas relacionados a compreensão de processos intersubjetivos na promoção de sujeitos de direitos, na construção de políticas públicas e sociais emancipatórias.

**Alexandro da Silva:** Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2001). Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo / campus Baixada Santista. Atualmente é técnico administrativo em educação da Universidade Federal de São Paulo. Tem pesquisado a relação espaço, gênero e sexualidade através da articulação entre psicologia social e geografia da sexualidade.



# Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional

Rosana Rossit, Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
Sylvia Helena Batista, Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
Nildo Alves Batista, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** Pesquisa de abordagem quantitativa para avaliar a formação para a integralidade no cuidado em carreiras da saúde. Destaca-se a importância da educação interprofissional em saúde para o aprendizado do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado para ampliar a resolatividade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde. Egressos da graduação em saúde da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP-Brasil (educação física, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional) responderam ao Questionário RIPLS para avaliação de atitudes e prontidão para três fatores: trabalho de equipe e colaboração, identidade profissional e atenção centrada no paciente. Os resultados indicam o desenvolvimento de competências essenciais para as profissões da saúde - resolução de problemas, tomada de decisão, liderança, confiança e respeito uns aos outros, comunicação com pacientes e outros profissionais, compreensão da natureza dos problemas, entendimento dos casos clínicos na perspectiva do paciente - as quais são reconhecidas no cenário global como componentes da qualidade da formação profissional e da atenção à saúde. Oitenta e quatro por cento dos egressos mostram-se satisfeitos com a formação recebida e fornecem contribuições para a análise da formação em saúde, na perspectiva da educação interprofissional.

**Palavras-chave:** formação em saúde, educação interprofissional, trabalho em equipe, integralidade no cuidado

**Abstract:** This study highlights the importance of interprofessional education in health for the learning process of the teamwork and integrality in care to expand effectiveness of services and quality of care. Former students from undergraduate health courses in Federal University of São Paulo/UNIFESP, Brazil (physical education, physical therapy, nursing and occupational therapy) responded to the questionnaire RIPLS to assess attitudes and readiness to three factors: teamwork and collaboration, professional identity and patient-centered care. The results showed the following development of competencies, which are essential for health professionals - problem solving, decision making, leadership, trust and respect to each other, communication with patients and other professionals, understanding the nature of the problems, understanding the clinical cases from the patient's point of view. These are recognized on the global scenario as components of quality of professional training and attention to health care. Eighty-four percent of the former students of the undergraduate courses were satisfied with the training received and provided contributions to the analysis of health education in the perspective of interprofessional education.

**Keywords:** Health Education, Interprofessional Education, Teamwork, Integrality in Care

## Introdução

Numa época em que o mundo enfrenta a falta de profissionais de saúde, os formuladores de políticas estão buscando estratégias inovadoras que possam ajudá-los a desenvolver políticas e programas para motivar a força de trabalho de saúde mundial (WHO, 2010: p. 9).

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é conceituada como uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade ao paciente (McNair et al., 2005).

Os projetos pedagógicos na perspectiva da EIP têm como característica a inversão da lógica tradicional da formação em saúde – cada prática profissional pensada e discutida em si – abrindo espaços para a discussão do Interprofissionalismo. Nessa perspectiva algumas competências



são destacadas no âmbito do trabalho em equipe, e priorizam: competências comuns a todos os profissionais de saúde, competências específicas de cada área profissional, e, competências colaborativas, que são essenciais para o trabalho conjunto (UNIFESP 2006).

O enfoque da EIP é no sentido de modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a comunicação entre profissionais, reforçar a competência colaborativa, contribuir na satisfação no trabalho, construir relação mais abertas e dialógicas, integrar o especialista na perspectiva da integralidade ao cuidado (Barr, 1998).

Para Batista (2010), a centralidade na formação para a integralidade do cuidado, articulando currículo, avaliação, gestão e integração com os serviços, traduz a compreensão de que a prática em saúde vem demandando um trabalho que transcende os fazeres individualizados de cada profissão, assumindo a importância da equipe. Projeta-se, assim, um profissional de saúde que, não abrindo mão da formação específica, possa estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão, ao interprofissionalismo presente em suas ações.

Na perspectiva de olhar para a produção científica na área, apresenta-se a seguir estudos que têm como objeto de pesquisa a EIP em diferentes cenários de formação.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) descrevem que a EIP é considerada um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Acredita-se que a EIP pode reforçar as atitudes para o trabalho em equipe e colaboração, levando a uma melhor assistência ao paciente. O objetivo fundamental da EIP é a formação de estudantes de graduação na área da saúde mais preparados para a prática interprofissional. Em estudo desenvolvido para determinar as atitudes dos estudantes em relação à EIP para aspectos de colaboração e trabalho em equipe foi desenvolvido. Os resultados mostraram que os estudantes de graduação em ciências da saúde estão abertos para a aprendizagem compartilhada e apontam para a necessidade de haver flexibilidade para possibilitar a articulação com os serviços. Demonstrou que o trabalho em equipe *“potencializa a possibilidade do alcance das competências profissionais, o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso com co-responsabilização entre profissionais e estudantes”* (Aguilar da Silva et al., 2011: p. 177).

McNair et al. (2005) apresentam um estudo piloto de EIP para estudantes de profissões da área da saúde da zona rural de Victoria, Austrália. Estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia participaram do estudo. A experiência do estágio interprofissional melhorou as habilidades de auto-relato e conhecimentos no trabalho em equipe, e apoiou a “crença” dos estudantes participantes quanto ao valor da prática interprofissional. Os estágios fortaleceram, nos estudantes, a intenção para trabalhar em contextos de saúde rurais após a conclusão do curso. A experiência interprofissional de educação rural melhorou habilidades interprofissionais em um grupo de estudantes que têm o potencial de influenciar a mudança para práticas colaborativas em seus futuros locais de trabalho. Os resultados obtidos fornecem evidências suficientemente fortes para justificar a continuidade e expansão deste modelo educacional no contexto australiano. Modificações pedagógicas e avaliativas são discutidas e podem beneficiar futuros programas de IPE. Uma frase marca a publicação dos autores para fazer junto no cotidiano do cuidado em saúde é preciso aprender junto sobre o trabalho em saúde.

A efetividade do trabalho interprofissional, que é considerado como essencial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, é influenciado pelas atitudes dos profissionais de saúde em relação à sua própria profissão e os outros grupos profissionais (Hind et al., 2003). Este estudo teve como objetivo aumentar a compreensão sobre as atitudes dos estudantes em relação à sua própria profissão e os outros grupos profissionais no ingresso a um programa de EIP. Relações hipotéticas entre os estereótipos, identidade profissional e de prontidão para a aprendizagem profissional foram testados por meio de um questionário a 933 estudantes da área da saúde provenientes de cinco cursos de saúde (medicina, enfermagem, nutrição, farmácia e fisioterapia). O estudo mostra que há benefícios potenciais da introdução de atividades de educação

interprofissional numa fase inicial de preparação profissional, para capitalizar atitudes positivas dos estudantes em relação à sua própria profissão e dos outros grupos profissionais.

De forma consistente, os estudos descritos anteriormente apontam para a efetividade de programas de EIP com melhorias na formação profissional, na qualidade do trabalho em equipe e no cuidado ao paciente, quando inseridos como proposta educacional desde o início da graduação.

Diante das políticas indutoras da saúde e da educação no Brasil e apoiada no referencial teórico e efetividade da EIP na formação em saúde, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Baixada Santista implantou, em 2006, uma proposta pedagógica inovadora para os parâmetros brasileiros. Propôs um desenho curricular com a organização dos conteúdos programáticos em eixos comuns e específicos, na perspectiva da EIP e na interface entre as unidades curriculares. O Projeto Pedagógico tem como princípios a formação de um profissional da área da saúde apto para o trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao paciente; a formação técnico-científica e humana de excelência em uma área específica de atuação profissional de saúde; e, a formação científica, entendendo a pesquisa como propulsora do ensino e da aprendizagem (UNIFESP, 2006).

O Projeto Pedagógico implantado na UNIFESP está pautado na EIP, que tem como princípios os treinamentos conjuntos dos alunos dos diferentes cursos em momentos de aprendizagens compartilhadas, ocasião nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras; promovem o trabalho em equipe; desenvolvem parcerias e cooperações entre os profissionais e ampliam a qualidade no cuidado ao paciente.

Esse modelo de currículo, voltado para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, demanda uma atuação interdisciplinar rompendo com a estrutura tradicional centrada em disciplinas e na formação específica de cada perfil profissional. Assim sendo, os cursos de graduação implantados na UNIFESP-Baixada Santista (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) têm um desenho curricular estruturado em quatro eixos de formação: 1) Trabalho em saúde; 2) O ser humano em sua dimensão biológica; 3) O ser humano e sua inserção social; e, 4) Aproximação a uma prática específica em saúde, e, em módulos que aglutinam áreas específicas do conhecimento e temáticas relacionadas.

O Projeto Pedagógico sugere a utilização de metodologias ativas e da aprendizagem significativa como estratégias educativas para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes em diferentes cenários, com turmas mescladas entre os estudantes dos seis cursos e com a inversão na lógica do aprendizado, partindo da experiência em cenários reais de atuação, seguindo com a reflexão da experiência vivenciada com o apoio do referencial teórico.

Para Batista (2012), um traço central dessa experiência é a constituição intencional de turmas mescladas com estudantes dos seis cursos do campus, onde se fundamenta a compreensão e apropriação sobre o que um profissional de saúde deve saber, independentemente de sua especificidade profissional. Nesta proposta, os estudantes têm, em todos os anos do curso, momentos de aprendizagem compartilhada (80% no primeiro ano, 40% no segundo ano, 20% no terceiro ano e reuniões quinzenais no quarto ano).

Estes momentos de formação compartilhada permitem

... a vivência de grupos interprofissionais, onde misturar-se implica criar uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas (Batista, 2012: p. 28).

Ao realizar um recorte no cenário dos processos de ensino-aprendizagem, verifica-se um segmento que vem sendo valorizado nas avaliações de programas educacionais: os egressos.

A avaliação dos ex-alunos tem sido recomendada nas políticas de avaliação implementadas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, dada a relevância atribuída a esses egressos pela possibilidade de fornecer subsídios para estabelecer um elo entre a formação e a

prática profissional, ao avaliarem o currículo que tiveram e a profissão que exercem (Brasil, 2007; Sakai, Cordoni Junior, 2004).

Desta forma, os egressos podem contribuir para uma melhor compreensão da influência da EIP na formação e na atuação profissional, instrumentalizando a tomada de decisão nas reformulações curriculares dos cursos de graduação, no que se refere à equipe formadora.

Frente a iniciativa da implantação de um currículo inovador para a formação de profissionais da saúde na UNIFESP-Baixada Santista e, tendo como premissa analisar as atitudes desenvolvidas pelos egressos, algumas questões norteiam o presente estudo: Que competências colaborativas para o trabalho em equipe, o Projeto Pedagógico desenvolveu nesses egressos? Como os egressos avaliam a experiência vivenciada na graduação? Que elementos fornecem para o aprimoramento do Projeto Pedagógico na perspectiva do trabalho interprofissional?

A hipótese levantada é que a proposta de EIP desenvolvida nos cursos de graduação da UNIFESP-Baixada Santista contribui para uma formação diferenciada dos profissionais da saúde, o que permite uma prática profissional, também diferenciada.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a formação para a integralidade no cuidado em carreiras da saúde: potencialidades de um projeto interprofissional na ótica dos egressos.

## Método

Participaram da pesquisa os 107 dos 213 egressos provenientes dos cursos de graduação em educação física, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional, do *campus* Baixada Santista da UNIFESP, concluintes em 2009 e 2010, com intervalo de dois anos entre o término da graduação e a coleta de dados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Plataforma Brasil e aprovado com Parecer nº47206/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado o questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale* - RIPLS (Parsell and Bligh 1999), que foi traduzido e submetido a adaptação transcultural no Brasil por Peduzzi e Norman (2012). O questionário com assertivas na Escala Likert avaliou atitudes e prontidão para três Fatores: 1) Trabalho em equipe e colaboração (10 itens); 2) Identidade profissional (7 itens); e, 3) Atenção centrada no paciente (9 itens), o qual foi preparado e hospedado na ferramenta do *GoogleDocs*. Um computador foi utilizado para a coleta, armazenamento e análise dos dados.

O modelo de questionário adotado é a escala de atitudes do “tipo Likert”. Em sua teoria, Likert sustenta que uma atitude é “*uma disposição para a ação*”, e o instrumento de medida proposto pretende verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de assertivas que expressem algo favorável ou desfavorável em relação ao objeto investigado. Desta maneira, espera-se que indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão. Se os sujeitos têm atitudes negativas frente a um tema específico, poderão concordar com assertivas ou itens que expressem aspectos negativos ou desfavoráveis ao tema e discordar daqueles que salientem pontos positivos. Por outro lado, se os sujeitos são ambivalentes em relação ao conteúdo da assertiva, ou não têm atitude bem definida, poderão expressar incertezas diante de alguns itens (Pasquali, 1996; Colares et al., 2002).

Uma carta convite, contendo informações, esclarecimentos, relevância e objetivos do estudo, foi enviada por e-mail juntamente com o link de acesso ao TCLE e ao questionário. Mediante a manifestação livre e esclarecida de concordância com os termos da pesquisa, o questionário foi respondido e encaminhado para armazenamento dos dados no *GoogleDocs*. Os egressos foram contatados através dos endereços eletrônicos fornecidos pela Universidade.

As respostas do questionário receberam tratamento estatístico para analisar o comportamento do grupo frente às assertivas integrantes de cada um dos três fatores que compõem o questionário e identificar as competências colaborativas para o trabalho em equipe desenvolvidas a

partir do projeto pedagógico e a presença de diferenças em relação aos egressos provenientes de cada um dos cursos de graduação. Os dados são apresentados em porcentagens e figuras.

### Resultados e discussão

Dos 213 egressos provenientes dos quatro cursos de graduação, 203 receberam o questionário por e-mail e 107 responderam e encaminharam, o que representa 52,7% do universo investigado. A amostra foi constituída por 37 egressos (35%) da fisioterapia, 30 (28%) da nutrição, 25 (23%) da terapia ocupacional e 15 egressos (14%) do curso de educação física.

Na análise estatística exploratória verificou-se que os egressos, diante das assertivas, possuem atitudes e prontidão semelhantes entre si, havendo diferenças somente para a assertiva A21, “minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente (objetivo clínico)”. Essa assertiva mostrou maior contribuição para a variabilidade do Fator 3 – atenção centrada no paciente.

Embora a análise mostre uma coerência na maioria das respostas ao questionário, percebe-se na A21 que cada profissão tem objetivos diferentes relacionados à área específica de formação e isso pode ter influenciado os dados apresentados na Figura 1. Nesse dado, pode-se ver que os grupos se comportam de maneiras diferentes quanto à temática abordada e a resposta a essa assertiva pode definir o quanto o profissional dedica sua atenção ao paciente.

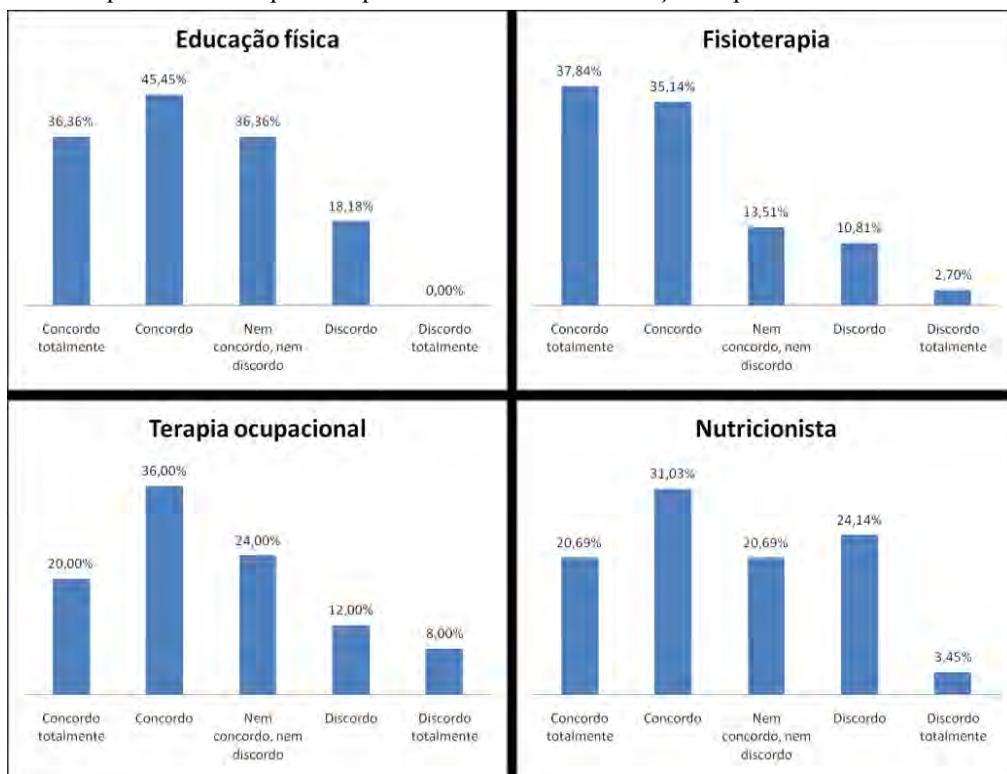


Figura 1 - Distribuição da A21 nas quatro profissões em estudo.

Fonte: Extraído do Relatório Científico de Pós-Doutoramento/UNIFESP (Rossit, 2013).

As porcentagens obtidas nas 26 assertivas do questionário permitiram a análise das principais competências desenvolvidas, a partir do projeto pedagógico.

A Tabela 1 apresenta as principais competências e a porcentagem de concordância dos respondentes.

Tabela 1. Competências desenvolvidas durante a formação inicial na saúde.

Competências	Porcentagens (%)
Na atuação, são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	100
Destacam a importância da relação de confiança estabelecida com os pacientes.	100
A aprendizagem junto com outros estudantes ajudou a tornar-se um participante mais efetivo na equipe de saúde e a trabalhar melhor na equipe.	99
Os pacientes são beneficiados quando os profissionais trabalham juntos para resolver os problemas dos pacientes.	98
O problema clínico deve ser entendido na perspectiva do paciente.	97
As habilidades de confiança e respeito uns aos outros são essenciais para o trabalho em equipe.	98
A aprendizagem compartilhada com outros estudantes aumentou a capacidade de compreender problemas clínicos e melhorou a comunicação com os pacientes e outros profissionais.	96
Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	96
A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde, durante a graduação, melhorou os relacionamentos na prática profissional e ajudou a compreender suas próprias limitações.	82

Fonte: *Extraído do Relatório Científico de Pós-Doutoramento/UNIFESP (Rossit, 2013).*

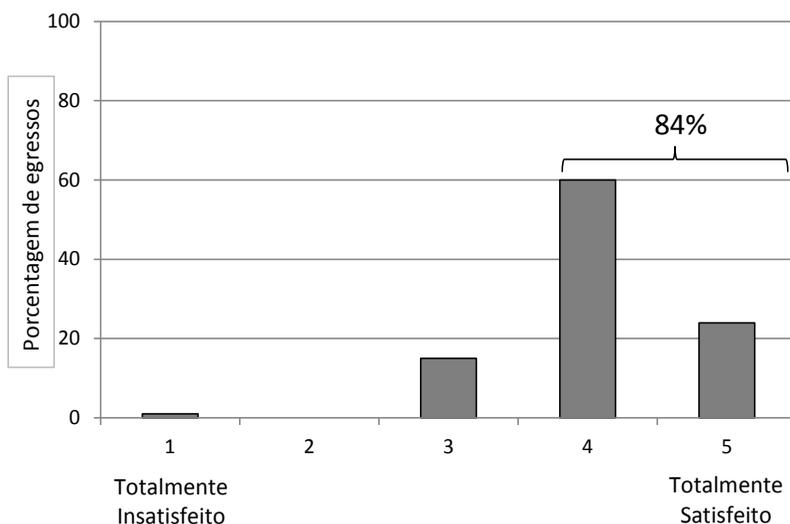


Figura 2. Grau de satisfação com a formação recebida.

Fonte: *Extraído do Relatório Científico de Pós-Doutoramento/UNIFESP (Rossit, 2013).*

A EIP e a formação para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado são reconhecidas no cenário global como componentes da qualidade da formação profissional e da atenção à saúde. A percepção dos egressos, avaliada a partir da experiência vivenciada na graduação em saúde, sinaliza para a efetividade do currículo implantado na UNIFESP-Baixada Santista.

O grau de satisfação, também foi analisado, obtendo-se 84% dos egressos que manifestaram estarem satisfeitos com a formação recebida, os quais indicam as contribuições da formação, na perspectiva da EIP, para a aquisição de competências colaborativas para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado. A Figura 2 apresenta os dados.

Para os egressos, a reflexão sobre a formação e a prática profissional contribuiu para uma avaliação do percurso percorrido e possivelmente permitiu repensar a prática profissional atual e estabelecer novas perspectivas de formação futura.

O momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática (Paulo Freire, 2002: p. 18).

Para os cursos de graduação, os resultados trazem benefícios diversos, pois permitem identificar potencialidade e fragilidades na formação inicial, o que poderá contribuir para a reestruturação curricular e para o aprofundamento das questões relacionadas à formação na perspectiva da EIP.

A partir das políticas indutoras da Saúde e Educação e da tendência mundial da EIP, vê-se a necessidade de se formar profissionais da saúde refletindo sobre a sua própria prática, pois a reflexão será um instrumento de desenvolvimento do pensamento, da ação e de desenvolvimento profissional.

Dessa maneira, o profissional passa a ser visto como sujeito que constrói seus conhecimentos profissionais a partir de sua experiência e saberes através de sua compreensão e (re)organização alcançados pela interlocução entre teoria e prática (Micheletto e Levandovski 2013).

No progressivo desenvolvimento da cultura reflexiva, ainda em processo, Schön (2000) desenvolve a construção de sua teoria de prática reflexiva, para a formação de um profissional reflexivo, em três ideias centrais: a reflexão-na-ação, a reflexão-sobre-a-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação.

A reflexão-na-ação traz consigo um saber que está presente nas ações profissionais podendo ser compreendido também como conhecimento técnico ou solução de problemas, ou seja, é o componente inteligente que orienta toda a atividade humana e manifesta-se no saber-fazer.

A reflexão-sobre-a-ação, está em relação direta com a ação presente, ou seja, com a reflexão-na-ação, e consiste numa reconstrução mental retrospectiva da ação para tentar analisá-la, constituindo um ato natural com uma nova percepção da ação.

Ao produzirmos uma reflexão sobre nossa reflexão da ação passada, podemos influir diretamente em ações futuras, colocando em prova uma nova compreensão do problema.

Esse momento, da reflexão-sobre-a-reflexão-na-ação, é caracterizado pela intenção de se produzir uma reflexão-na-ação, e pode ser considerada como a análise que o indivíduo realiza *a posteriore* sobre as características e processos da sua própria ação. É a utilização do conhecimento para descrever, analisar e avaliar os vestígios deixados na memória por intervenções anteriores (Schön, 2000).

Para Alarcão (1996) os três processos descritos constituem-se o pensamento prático do profissional ao enfrentar as situações divergentes da prática. Esses processos não são independentes, e sim complementares, para possibilitar uma intervenção prática de qualidade.

... a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria vai virando blábláblá e a prática, ativismo (Paulo Freire, 2002: p. 12).

Por isso, não basta apenas pensar e refletir é preciso que tal reflexão leve o profissional a uma ação transformadora, fazendo-o pensar sobre os seus desejos, vontades e histórias.

Desse modo, desenvolver-se como profissional crítico, reflexivo e comprometido com as questões de saúde, significa estar atento a todos os aspectos da prática – profissionais integrantes da equipe, pacientes, familiares, contexto socioeconômico e cultural da população, entre outros - o que só pode ser feito em equipe, uma vez que a reflexão na e sobre a ação podem conduzir a uma aprendizagem limitada se forem realizadas isoladamente pelo profissional.

Na prática colaborativa a análise do contexto, o planejamento, a intervenção propriamente dita e a avaliação das ações de saúde possibilitam uma maior aprendizagem quando realizadas de forma compartilhada, pois um profissional individualmente tem influência apenas sobre a sua prática profissional específica, o que é ampliado quando se atua coletivamente por meio do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado ao paciente.

## **Considerações finais**

Por tratar-se de uma experiência pioneira no Brasil, se fez relevante, avaliar essa iniciativa da formação em saúde para as profissões de educação física-modalidade saúde, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional na perspectiva da EIP, do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado a partir da percepção dos egressos.

Os dados aqui apresentados referem-se a uma análise preliminar obtida da aplicação do questionário. Os resultados são promissores e apontam para a efetividade do projeto pedagógico com um currículo integrado, interdisciplinar e interprofissional implementado a partir do referencial teórico da EIP e pautado nas demandas das políticas indutoras de saúde e educação no Brasil.

A formação interprofissional foi avaliada pela maioria dos egressos como satisfatória dada a oportunidade de trabalhar com profissionais de diferentes áreas, de compartilhar experiências e aprender juntos. Os egressos participantes do presente estudo relataram ganhos tanto para a vida profissional quanto para a vida pessoal.

Constata-se que diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado foram desenvolvidas a partir da formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde, caracterizando-se como um diferencial nas diferentes profissões que integraram a amostra deste estudo.

Após essa análise proveniente dos questionários, outros dados serão obtidos com a entrevista de aprofundamento que será conduzida, na etapa seguinte da pesquisa, com uma amostra progressiva entre os egressos dos referidos cursos de graduação em saúde.

## REFERÊNCIAS

- Aguilar-da-Silva, R. H.; Scapin, L. T.; Batista, N. A. (2011): “Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe”, *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, v. 16: 165-182.
- Alarcão, I. (1996): *Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão*, Porto, Porto Editora.
- Barr, H. (1988): “Competent to collaborate; towards a competency-based model for Interprofessional education” *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, v. 12: 181-188.
- Batista, N. A. (2012): “Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas”, *Caderno FNEPAS*, v. 2: 25-28.
- Batista, N. A. (2010): *Projeto Pró-Ensino na Saúde: Formação Profissional para a integralidade no cuidado: articulando formação, avaliação e integração com o SUS*, São Paulo, UNIFESP (não publicado).
- Brasil, Ministério da Educação, Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES (2007): *PORTARIA NORMATIVA Nº 40, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2007*, Brasília, MEC.
- Colares, M. F. A. et al. (2002): “Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica”, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 26: 194-203.
- Freire, Paulo (2002): *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*, 25 ed., São Paulo, Paz e Terra.
- Hind, M. et al. (2003): “Interprofessional perceptions of health care students”, *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, v. 17: 21-34.
- McNair, R.; Stone, N.; Sims, J.; Curtis, C. (2005): “Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice”, *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, v. 19: 579-94.
- Micheletto, I. B. P.; Levandovski, A.R. (2013): *Ação-reflexão-ação: processo de formação continuada*. Acesso maio 20, 2013, <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1448-6.pdf>.
- Parsell, G.; Bligh, J. (1999): “The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS)”, *Medical Education*, v. 3: 95-100.
- Pasquali, L. (1996): *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília (DF): Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 432p.
- Peduzzi, M.; Norman, I. J. (2012): “Validação de instrumento de medida do aprendizado interprofissional para trabalho em equipe”, *Anais do III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem*. Acesso junho 30, 2013, <http://www.ee.usp.br/evento/2012/encontro/anais/resumos/R0168-1.html>
- Rossit, R. A. S. (2013): “Análise de um Projeto de Educação Interprofissional na Formação em Saúde: ótica dos egressos”, *Relatório Científico de Pós-Doutoramento*, Universidade Federal de São Paulo (não publicado).
- Schön, D. (2000): *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo. (2006): *Projeto Político Pedagógico do campus Baixada Santista*. Acesso maio 10, 2013, <http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>.
- WHO. World Health Organization. (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*, Geneva, World Health Organization.

## SOBRE OS AUTORES

**Rosana Rossit:** Graduada em Terapia Ocupacional pela UFSCar (1982), Mestre em Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial) pela UFSCar (1997), Doutora em Educação Especial pela UFSCar (2003) e Pós-Doutora/FAPESP, Laboratório de Aprendizagem Humana, Multimídia Interativa e Ensino Informatizado/UFSCar (2007), Pós-Doutora em Ensino em Ciências da Saúde/UNIFESP (2013). É docente da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, Membro das Comissões de Desenvolvimento Docente e Prova do Progresso, Representante Professores Adjuntos no Conselho de Administração/UNIFESP, Membro do Programa FAIMER/2012. É Avaliadora de Cursos pelo SINAES/MEC/INEP. Foi Chefe do Departamento Saúde, Educação e Sociedade/UNIFESP (2008-2011), Vice-coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da UNIFESP(2008-2010), foi Coordenadora de Curso de Especialização em Educação Especial e docente do Centro Universitário Central Paulista, membro da Comissão Própria de Avaliação (CPA) - UNICEP. Tem experiência nas áreas de Ensino na Saúde, Educação Especial e Terapia Ocupacional, com ênfase na Formação de Educadores, atuando principalmente nos seguintes temas: formação e desenvolvimento profissional, educação especial, ensino-aprendizagem, análise do comportamento.

**Sylvia Helena Batista:** Graduação em Bacharelado em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (1985), graduação em Formação de Psicólogo pela Universidade Federal do Pará (1986), graduação em Licenciatura Plena Em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (1986), mestrado em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1993) e doutorado em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1997). Atua na área de Educação, com ênfase no Ensino em Ciências da Saúde, destacando-se os temas de formação docente para o ensino superior em saúde, aprendizagem e formação em saúde. Nestes âmbitos tem realizado suas atividades acadêmicas (ensino, pesquisa, extensão) e dirigido suas publicações (artigos científicos e livros). Desde de abril de 2011 exerce a função de vice-diretora (eleita) do Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo.

**Nildo Alves Batista:** Médico, pediatra, com mestrado em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (1979), doutorado em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (1982) e Livre-Docência em Educação Médica pela Universidade Federal de São Paulo (1997). Atualmente é Professor Titular da Universidade Federal de São Paulo - Departamento de Saúde, Educação e Sociedade e Primeiro Vice-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica. Foi Diretor do Campus Baixada Santista (desde sua implantação até abril de 2011) e Secretário de Gestão Acadêmica da Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é Pro reitor Adjunto da Pro Reitoria de Planejamento da UNIFESP. Tem desenvolvido atividades de ensino e pesquisa relacionadas com o binômio saúde e educação desde 1990, atuando principalmente nas seguintes áreas: educação médica, educação em saúde, docência, formação docente e ensino em ciências da saúde. Nessas áreas tem centrado suas orientações na pós-graduação bem como suas publicações de artigos científicos em periódicos e livros.

# Fundamentos filosóficos em humanização: revisão crítica da literatura no Brasil

Thiago Gomes Barbosa, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), Brasil  
Roberto Pereira Miguel, Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
Dante Marcello Claramonte Gallian, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Resumo:** Este artigo apresenta o resultado de uma avaliação crítica feita a partir do levantamento da literatura acadêmica em torno do conceito e propostas em humanização em saúde, no contexto brasileiro. De um total de 389 artigos levantados em bases de dados nacionais, publicados entre janeiro de 2002 e maio de 2012, 41 foram analisados e categorizados segundo três matrizes teóricas determinadas: soluções em humanizações gnóstico-perfectíveis, social-perfectíveis e não-perfectíveis. Tal categorização, fundamentada numa abordagem crítica das bases filosóficas da modernidade, permite constatar que: 1) A grande maioria das propostas em humanização analisadas pouco se preocupam em referenciar adequadamente suas concepções filosóficas; 2) Essa mesma grande maioria acaba por se fundamentar, ainda que de forma não explícita, numa perspectiva antropológica "perfectibilista", própria do pensamento Moderno; 3) Uma minoria de propostas, mais recentes, começam a apontar uma visão "não-perfectibilista", direcionando a uma nova abordagem na problematização da humanização em saúde.

**Palavras-chave:** humanização da assistência, humanismo, perfectibilidade

**Abstract:** This article presents the results of a critical analysis based on literature review on the national concept, and proposals for humanizing the healthcare in the Brazil. From 389 articles collected in national databases, published between January/2002 and May/2012, 41 were analyzed, and categorized according to three specific theoretical frameworks: humanizing gnostic-perfectible solutions, social-perfectible and non-perfectible solutions. This categorization, based on the critical approach to the philosophical foundations of modernity, shows that: 1) The vast majority of the proposals analyzed in humanization were not concerned with properly citing their philosophical basis; 2) This same majority ultimately based, albeit not explicitly, on the "perfectible" Modern anthropological perspective; 3) The minority of the most recent proposals analyzed began to point to the "social non-perfectible" view, directing new approaches to the humanization-problem of healthcare in Brazil.

**Keywords:** Humanization of Assistance, Humanism, Perfectibility

## Introdução

Quando nos debruçamos sobre a história conceitual do humanismo, percebemos que o conceito já foi alvo de enérgicos debates filosóficos e teológicos (Pondé, 2006: 347-366). O termo não é uma evidência, mas trata-se de um caso claro de instabilidade semântica e pragmática, cujo uso sempre esconde uma "concepção" ou "aproximação" filosófica (Pondé, 2006: 347-366). Em outras palavras, cada sentido dado ao humanismo representa um posicionamento filosófico resultado de discussões relativas a natureza humana.

Fruto do trabalho de iniciação científica "Humanização e soluções em humanização no âmbito educacional em saúde: levantamento bibliográfico, propostas e resultados em acadêmicos da Universidade Federal de São Paulo" (cadastro FAPESP 2011/01721-8), este artigo objetiva problematizar o conceito de humanização da medicina, segundo uma análise histórico-filosófica, de forma a delinear quais pressupostos "humanistas" manifestam as principais soluções em humanização. Tal esforço resulta de um "esvaziamento" filosófico presente na atual discussão sobre



humanização, cuja consequência é uma dispersão de ações e soluções sem uma base teórica e reflexiva profunda, na qual a eficácia dá mostras de ineficiência (Gallian, 2012: 5-16).

Dessa forma, este texto apresentará um levantamento e análise crítica - por meio de uma revisão sistemática das principais produções acadêmicas sobre o tema “humanização da medicina” - com posterior correlação histórico-filosófica, baseando-se, principalmente, nos conceitos de Humanismo e Perfectibilidade (Gallian, 2012: 5-16).

### *O Humanismo Moderno e a Perfectibilidade*

Segundo o filósofo L.F. Pondé (Pondé, 2006: 347-366), humanização é, fundamentalmente, uma discussão acerca da consistência da vontade humana: sua natureza, autonomia e validade. Assim, cada proposta de humanização em saúde demonstra e reforça um ideal ideológico de *Homem*, uma “crença” ou “filosofia” previamente construída, cujo resultado não é neutro, nem isento de significação ontológica.

O *humanismo moderno*, lançou raízes ainda no período medieval, desenvolvendo-se do Renascimento em diante. Em essência, esse humanismo representa uma visão “positiva” da natureza humana, contrariando a anterior noção “negativa”, prevalente na filosofia medieval. No Renascimento, os considerados *humanistas* discordavam da “insuficiência” da natureza humana - decorrente da corrupção natural advinda do “pecado original” - e também da necessidade da Graça Divina. Esses *humanistas* dedicavam-se à Filosofia Clássica e outros diversos estudos, transitando indistintamente nas artes, nas letras, ciências, filosofia e na teologia; creditando sempre à natureza humana - com o exercício da razão e do livre-arbítrio - a capacidade de atingir uma constante evolução (Gouhier, 1987: 20-21).

Mais tarde, já no século XVII, encontraremos *humanistas* especializando-se em certos campos do saber, dedicando-se, por exemplo, às ciências, às letras ou às artes. Entretanto, apenas no início do século XIX, o termo *humanidades* surge para designar o conjunto de saberes e disciplinas que se arrematavam fora do campo das ciências. Nesse momento, as consideradas 'ciências' - que preconizam a racionalidade bruta e a experimentação, então distintas das 'humanidades' - fundamentarão a concepção moderna de homem, que muito se relaciona também a medicina moderna (Gallian, 2012: 5-16).

Separando-se das *humanidades*, a partir do século XIX, a ciência recebe a função de detentora da “razão”: única capaz de nos alavancar em um progresso inesgotável. Nesse momento, percebemos um deslocamento na base de ação *humanista*: a crença na “suficiência” e “bondade” da natureza humana afasta seu foco das ditas humanidades - artes liberais e filosofia clássica - para dedicar sua atenção exclusivamente às ciências. Não obstante, temos que filosoficamente o termo *Humanismo* definiu-se como escola de pensamento Renascentista, centrada no homem e em suas potencialidades, que muito influenciou e possibilitou a visão moderna de *Homem* (Gallian, 2012: 5-16).

Neologismo primeiramente trabalhado pelo Iluminista *Jean-Jacques Rousseau* (1712-1778), que basicamente consistia na capacidade do homem em aperfeiçoar-se, a idéia de *perfectibilidade* apresenta-se, segundo Passmore (Passmore, J. 2004), como fundamental para a antropologia moderna. Segundo Jonh Passmore, a busca pela “perfeição” sempre esteve presente - em suas diversas formas e concepções filosóficas - e transpassa toda a história da humanidade, influenciando-a de maneira decisiva. Para nosso interesse, focaremos especificamente no debate filosófico ocidental sobre *perfectibilidade* travado a partir do século XIV, culminando no ideal perfectibilista da modernidade.

Para Passmore, o século XVI manifestava duas concepções clássicas e conflitantes de perfeição: a de Pelágio, segundo a qual o homem poderia se aperfeiçoar por meio do livre-arbítrio; e a de Santo Agostinho, na qual os seres humanos seriam *insuficientes*, sendo a perfeição somente divina, decorrente da operação da Graça. Entretanto, o Renascimento e a Revolução Científica

no século XVII possibilitaram uma 'terceira' opção, agora de natureza secular: a perfeição segundo uma intervenção deliberada e racional sobre a natureza, o homem e seus semelhantes. Nesse momento, surge a concepção de *perfectibilidade* hegemônica na Modernidade.

Ao longo dos séculos, essa apresentou vários desdobramentos: os crentes na *intervenção social*, racional e coesa - seja através da Legislação, como os Governamentalistas, seja pelo fim do Estado, como os Anarquistas e Comunistas; ou os crentes na *educação*, no processo educativo como único capaz de aperfeiçoar a mente humana - à exemplo, humanistas como Pomponazzi e empiristas como John Locke; e por fim, os biologicistas, que acreditam na manipulação científica direcionada do corpo humano - como os geneticistas darwinistas Galton e Spencer, ou a atual biologia molecular, neurociências etc.

Então, no século XVIII ... [o Homem] encontrava-se agora, por fim, em posição de determinar, como um resultado da ciência, como a natureza humana se desenvolve e qual é a melhor coisa a ser feita pelo ser humano; o novo conhecimento podia ser expressado numa forma inteligível a todos os homens; uma vez sabendo o que deveriam fazer, os homens atuavam em concordância e aprimorariam assim suas condições morais, políticas e físicas. Desde que os 'interesses sinistros' não impedissem a comunicação do conhecimento, o desenvolvimento da ciência estava destinado a levar consigo o aprimoramento constante da condição humana a um grau que seria, como o próprio crescimento da ciência, ilimitado. (Passmore 2004: 428)

Resumidamente, entendemos que *perfectibilidade* é a crença no avanço ininterrupto com vistas a perfeição - seja no campo moral, social, ético, físico ou epistemológico - através unicamente da intervenção racional e volitiva sobre a natureza, o corpo e a sociedade. Tal pensamento fundamenta-se no *Humanismo*, tal qual credita uma suficiência à natureza humana em fornecer todos os requisitos necessários ao seu próprio aperfeiçoamento.

Assim, esses conceitos serão fundamentais para compreendermos as principais *soluções em humanização*; classificando-os segundo sua proposta filosófica e ontológica de Homem.

## Metodologia

A busca na literatura foi realizada em bases de dados eletrônicas (BIREME-BVS), lista de referência dos artigos identificados, livros de publicações acadêmicas e contato com quatro pesquisadores. As referências que preencheram os critérios de inclusão foram analisadas independente do periódico ou da origem. Na realização das buscas, devido a grande abrangência e dispersão do tema, uma grande quantidade de descritores foram considerados, mediante consulta ao DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME). Segue os seguintes descritores, em língua portuguesa: “humanização”, “humanização da assistência”, “humanismo”, “sistema único de saúde”, “saúde pública”, “assistência à saúde”, “política de saúde”, “educação”, “educação médica”, “educação em saúde”, “bioética”, “saúde mental”, “comunicação”, “relações interpessoais”, “gestão em saúde”, “ética”, “avaliação em saúde”, “ensino”, “emoções”, “reforma dos serviços de saúde”, “administração hospitalar”, “recursos humanos”, “cultura”, “direitos humanos”, “estudantes de medicina”, “espiritualidade” e “programas nacionais de saúde”. Além destes, os termos “Brasil”, “brasileiro” e “brasileira” foram utilizados para localização de manuscritos, contendo resultados de pesquisas com amostras nacionais. Recorreu-se aos operadores lógicos “AND”, “OR” e “AND NOT” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações.

Foram identificadas inicialmente 389 publicações potencialmente elegíveis para inclusão, incluindo teses, dissertações e revisões. Em seguida, identificaram-se os artigos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (a) discussões conceituais sobre “humanização” ou “humanização da medicina”; (b) discussões de propostas que visam “solucionar” a questão da desumanização em saúde (“soluções em humanização”), com foco em estudantes de medicina; (c)

discussões relativas a educação médica, gestão em saúde e políticas públicas em saúde; (d) trabalhos realizados no Brasil; (e) publicações entre janeiro de 2002 e maio de 2012.

Foram considerados critérios de exclusão as seguintes características: (a) estudo decorrente de pesquisa clínica de qualquer natureza; (b) estudo cuja temática principal é humanização em ambientes ou circunstâncias específicas, tais como gravidez, pré-natal, parto, enfermagem, doenças infecciosas, cirurgia, e outros; exceto contexto psiquiátrico ou de saúde-mental.

Após a primeira verificação e respectiva leitura dos títulos, 123 artigos foram considerados elegíveis para a fase de leitura dos resumos, sendo 108 de origem em bases de dados eletrônicas, 12 em listas de referências de artigos identificados e 3 em contato com pesquisadores. Dois pesquisadores realizaram essa etapa. Prosseguindo, apenas os estudos que pareciam preencher os critérios de inclusão foram lidos na íntegra, totalizando 46 artigos de diversas origens. Além destes, os livros “Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas” (Ed. Arte e Ciência), de Nildo Alves Batista e outros; e “Políticas de Saúde Pública: interação dos atores sociais” (Ed. Atheneu), de Mário Lopes, também foram analisados para a realização desta revisão sistemática.

O período de leitura dos artigos selecionados totalizou 5 meses e contou com a participação de três pesquisadores, um principal e dois auxiliares - seja através da leitura direta, seja através da discussão dos resultados. Concluindo a leitura, 7 artigos foram descartados e outros 2 acrescentados, esses últimos do livro “Ensino em Saúde: Visitando Conceitos e Práticas”, de *Nildo Alves y outros*, por motivo de corresponderem as necessidades do trabalho. Ao final, um total de 41 artigos foram aplicados e analisados no estudo: 2 artigos oficiais (Brasil, Ministério da Saúde); 2 artigos de livros de publicação acadêmica; 4 teses; 7 artigos de periódicos não indexados encontrados em lista de referência de artigos identificados; e 26 artigos em banco de dados eletrônicos.

Assim, serão selecionados três principais artigos que - devido ao conteúdo, posicionamento e clareza de suas propostas - representarão, respectivamente, cada linha de *soluções em humanização*. A título de nota, embora cada grupo classificado tenha seu artigo/autor chave e representativo, utilizaremos de outras citações e autores que melhor colaboram para nossos objetivos.

## Resultados

Seguindo a metodologia proposta, os artigos selecionados foram investigados segundo: a temática de seu conteúdo, focalizando a concepção histórico-filosófica, expectativas e argumentos elucidados relativos a humanização; e aspectos de identificação direta, como autoria, fatos, bibliografia e estilo. Toda a informação levantada foi contrastada e analisada mediante conceitos históricos e filosóficos já definidos - como *humanismo* e *perfectibilidade* - com intuito de estudarmos a essência filosófica que rege as atuais soluções em humanização.

O que se identifica, na grande maioria dos artigos levantados, é a persistente indefinição do conceito de humanização. Para a grande maioria dos autores, não há um consenso no que tange a definição de humanização. Não obstante, o senso-comum de solidariedade, bondade, gestão e ambiente profissional, educação, respeito as diferenças culturais, atenção a aspectos emocionais e relação médico-paciente permanecem e são hegemônicos na percepção acadêmica sobre humanização.

Outra percepção explícita é a quase ausência de um estudo aprofundado do termo humanização. Desconsiderando sua recorrência histórica e os enérgicos debates entre diversos autores ao longo de toda filosofia ocidental, o conceito de humanização é separado da discussão de *Homem*, *humano* ou *humanismo*; e apenas trabalhado historicamente, geralmente, no campo da saúde, especificamente na crítica ao modelo biologicista da medicina ocidental.

Os 41 artigos analisados integralmente foram listados segundo primeiro autor, ano de publicação e classificação de tipo de solução em humanização (Tabela 1). Considerando o conteúdo, os artigos - incluindo teses e dissertações - foram classificados de acordo com a postura filosófica de suas propostas em *soluções em humanização*, sendo divididos em: soluções social-

perfectíveis, soluções gnóstico-perfectíveis e soluções não-perfectíveis. Identificamos que as propostas que atendem princípios gnóstico-perfectíveis representam o pensamento dominante, com total de 35 artigos assim classificados. Das soluções social-perfectíveis e não-perfectíveis, temos 2 e 4 artigos em cada grupo, respectivamente.

## Discussão

### *O Relatório Flexner e a Desumanização no contexto de crise do Modelo Biomédico*

Primeiramente, faz-se necessário inserir historicamente as *soluções em humanização* no binômio contemporâneo 'desenvolvimento técnico-científico versus desumanização, já que tal binômio é 'patognomônico' de modernidade (Gallian, 2012: 5-16). Especificamente na área de saúde, esse dar-se-á num panorama de crise do modelo biomédico, construído aos moldes do Relatório Flexner, pedra base da medicina ocidental (Edler, 2006: 21-22).

Basicamente, a proposta do Relatório é a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do ensino médico, cujos princípios são: as escolas médicas devem estar baseadas em universidades e os programas educacionais devem ter base científica (Boelen, 2002: 592-593). Em outras palavras, seu trabalho apenas legitimou um processo em forte e irreversível andamento no Ocidente, já no início do século XX: a consolidação do modelo científico na medicina (Pagliosa, 2008: 492-499).

Com isso, os hospitais transformaram-se na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. As faculdades restaram o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades (Luz, 1993: 62) Segundo Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (Flexner, 1910), sendo a doença considerada um processo natural, biológico. O social, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados no processo de saúde-doença<sup>10</sup>.

As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui à arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo. (Pagliosa, 2008: 496)

Não obstante, é necessário também afirmar que existem outros fatores que influem na consolidação do modelo flexneriano. A partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas (Thomas, 2001: 99-103). Disso resulta que a relação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre instituições e governos no sentido da implantação e propagação da “medicina científica”, o que podemos caracterizar como “sistema médico do capital monopolista” (Pagliosa, 2008: 496). Não somente no campo acadêmico e teórico, o relatório também determinou fortemente a prática médica em todos seus aspectos.

Quanto ao contexto geral, podemos resumir as mudanças que ocorrem no ocidente em dois grandes processos: *cientifização*, a ciência como âncora do conhecimento; e *financeirização*, pela presença e controle do grande capital especulativo às diversas esferas da sociedade. Citando Max Weber (1864-1920), dizemos que esses conceitos mantêm “afinidades eletivas”: tanto a *financeirização* do ocidente colabora para sua *cientifização*, quanto a *cientifização* do ocidente colabora para sua *financeirização*; sem, no entanto, identificarmos alguma relação causal direta entre elas.

### *As Soluções em Humanização*

Por *soluções em humanização* entende-se toda e qualquer proposta - seja ela política, educacional, administrativa, curricular, filosófica, ética ou moral - que tenha por objetivo diminuir ou solucionar o problema da desumanização, qualquer que seja a compreensão de desumanização. Nesse estudo, dividimos as diversas *soluções em humanização* em três grandes grupos, segundo o chão filosófico que evocam e se aproximam: soluções em humanização sócio-perfectíveis, gnóstico-perfectíveis e não-perfectíveis.

Observamos também que tal classificação não se arroga estática e fielmente delimitada, mas configura-se apenas como uma aproximação histórico-filosófica de conceito. O principal objetivo é orientar novas discussões segundo princípios aqui trabalhados; de modo a lançar luz sobre a temática da humanização, tão importante e, ao mesmo tempo, tão pobre em seus delineamentos filosóficos.

### *Soluções Social-perfectíveis em Humanização*

Destinchando o próprio termo *soluções social-perfectíveis em humanização*, podemos identificar as linhas conceituais para sua compressão: são *soluções* ou *ações* que objetivam a humanização segundo uma compreensão e intervenção na sociedade e seus determinantes, mediante uma concepção moderna de homem, cuja raiz é o *Humanismo Perfectibilista*. Existe uma estrutura filosófica essencialmente *humanista* - no sentido da crença na suficiência da natureza humana - mas que usa de recursos de compreensão da realidade e interferência sobre a mesma gestados no período Moderno da filosofia ocidental, quando do surgimento da idéia de *perfectibilidade*, abrangendo tradicionalmente do século XVII até princípio do século XX.

Como citado, é característico do período Moderno o uso, por vários autores, da ciência e da razão bruta como chave para compreensão, controle e predição da natureza e do homem. Tais autores dedicavam essas observações à elaboração de leis e postulados que visassem explicar, controlar mecanismos e predizer sua evolução, de modo a possibilitar um controle da realidade que nos leve a perfeição, seja social, biológica, moral ou epistemológica.

Justamente por ser moderna, humanista e perfectibilista, é que classificamos as propostas de Guilherme S.C. de Albuquerque - autor “chave” para esta discussão - como *soluções social-perfectibilistas em humanização*. Nos seus textos, aqui abordados, ele utiliza-se do materialismo histórico dialético para analisar as transformações da medicina ocidental e propõe - como solução fundamental aos seus diversos problemas - a alteração e superação do modelo atual de sociedade, qual seja, o Capitalismo.

### *O Humano no materialismo histórico-dialético*

No materialismo histórico-dialético, os homens definem-se como seres em constante transformação, em um processo de construção que se dá mediante sua capacidade de realizar trabalho, de produzir materialmente. Aqui, o *Humano* não é um ser constante ou digno de uma natureza essencial - como diriam os filósofos medievais - mas sim uma massa em metamorfose, que molda e molda-se a medida que produz e altera materialmente a realidade a sua volta.

O que caracteriza o humano é o salto ontológico que promove a ruptura com a subordinação à natureza. Ao mesmo tempo em que não perde a sua condição de ser biológico natural, o que difere o humano dos outros animais é o que produz a partir da natureza, mas superando seus limites, subordinando-a. É o que produz de não natural, de artificial (no sentido de ser produzido pela arte, pelo trabalho humano), a segunda natureza historicamente forjada através do trabalho intencional. (Albuquerque, 2009: 17)

A construção histórica deve-se pela dialética, pelo embate entre os contrários, por contradições da realidade, pelos diversos interesses humanos e pelas inconstâncias da natureza. As contradições existentes são o motor que transformam a realidade. Cada limitação dada pela realidade, dialeticamente, produz uma síntese - o homem altera a realidade através do trabalho, reduzindo as antigas limitações. Isso, necessariamente, gerará novas contradições e limitações, que novamente exigirão outra solução ou síntese, favorecendo então novas contradições; e assim progressivamente. É importante entendermos que o “motor” dialético move-se no sentido da superação de todas as contradições, possibilitada por um pleno controle da realidade mediante o trabalho.

Dessa forma, dizemos que o *Homem*, ou a sociedade, são historicamente construídos: no momento que sua produção material altera a realidade, essa também o modifica, ocorrendo um processo de acumulação produtiva que altera o mover social ao longo das gerações. Disso, observamos que a história do homem sempre caminha no sentido da elevação da capacidade produtiva, qual seja, o aumento da capacidade de controle e predição da natureza e de nós mesmos.

A atividade do homem se apresenta como humanização da natureza, devir da natureza por mediação do homem, o qual agindo de modo voluntário e consciente, como ser genérico ou indivíduo social, e fazendo de toda a natureza o seu corpo inorgânico, liberta-se da sujeição à casualidade, à natureza, à limitação animal, cria uma totalidade de forças produtivas e delas dispõe para desenvolver-se onilateralmente. (Grifo nosso; Monacorda, 1996: 53)

Sendo assim, o materialismo histórico-dialético concebe o homem e a sociedade como materialmente determinados, e propõe a dialética como lei que rege o mover histórico. Cabe ao homem, então, conhecer e abstrair a realidade segundo tais determinantes, de modo a alterar ou influenciar nosso caminhar rumo a superação de todas as contradições.

### *A Medicina Capitalista e as Soluções em Humanização*

No materialismo histórico-dialético, toda “formação social” só acontece ou permanece mediante a capacidade de reproduzir - através de sua dinâmica e qualidades internas - o “modo de produção” da sociedade a qual está inserida, ou seja: todas as relações sociais são um “tipo”, uma pequena exemplificação, da relação global da sociedade com a produção, de como o produto do trabalho humano flui entre seus pares. Segundo tal método, para compreendermos a medicina, devemos integrá-la ao “modo de produção” atual - o Capitalismo - e analisarmos como esta “Medicina Capitalista” reproduz o próprio Capitalismo. É na reprodução das relações de produção que a medicina ocidental se sustenta (Albuquerque, 2009).

Neste processo de tornar o ato médico apenas mercadoria, a medicina capitalista acaba por afastar-se do objetivo fundamental de toda atividade produtiva humana: a de adaptar e transformar as limitações da natureza, ou do próprio corpo, segundo os interesses humanos. Seguindo a lógica proposta pelo autor, aqui entendemos o processo de desumanização na Medicina Capitalista: afastando o resultado do trabalho do próprio trabalhador, no caso, afastando as qualidades da ciência médica do uso e benefício dos homens, de toda a sociedade, a ciência médica torna-se desumana na medida que desloca o resultado de produção para o exclusivo uso do Capital.

A Capitalização do cuidado médico, exigindo que o cuidar produza sempre mais valor, passa a influenciar diretamente nos conteúdos das práticas diagnósticas e terapêuticas. Desse modo, na Medicina, cada vez mais se caracterizando como prática Capitalista, a ação de manutenção da vida e reprodução da força de trabalho torna-se também cada vez mais subordinada à necessidade do lucro. (Albuquerque, 2009: 35)

Nota-se que a concepção de desumanização aqui é essencialmente material, resolutive e concreta, não cabendo definições de caráter ético, moral ou metafísico. A medicalização da prática médica, a incapacidade do médico em lidar com aspectos emocionais, a relação médico-paciente, a falta de acesso aos serviços, as extensas filas, a má qualidade no atendimento, enfim: todas questões relacionadas a desumanização são consideradas como secundárias e consequência desse processo anterior. Logo, é na incapacidade da medicina em fazer mover o “motor” dialético da história, no sentido da transformação da realidade para todos os homens, que se dá a desumanização.

Definido o conceito de desumanização e entendido como esse relaciona-se com as “leis gerais” que regem o mover histórico, podemos propor ações - sempre baseadas nas mesmas “leis” - com intuito de favorecer a humanização e o progresso. São as *soluções social-perfectíveis em humanização*: ações - de intenção humanizadora - baseadas na crença do progresso inesgotável mediante compreensão científica e racional da realidade, com elaborações de leis e postulados determinantes da sociedade.

Se entendermos que o homem se humaniza à medida que modifica a natureza, criando os meios de sobrevivência, adaptando-a a seus desígnios, uma prática médica humanista deveria estar a serviço da apropriação do objeto da produção do gênero humano pela totalidade dos indivíduos. (Albuquerque, 2009: 171)

Do ponto de vista filosófico, defende-se aqui um humanismo da *Revolução*, da superação do Homem, tal qual conhecemos, e não uma busca da “essência” humana, como preconizavam outras escolas de humanismo. Nota-se que, segundo Karl Marx, a Revolução e o Progresso dar-se-ão mediante única e exclusivamente a “luta de classes”, a dialética dos atores sociais, o que significa a superação da burguesia como detentora da máquina produtiva. Com isso, há uma clara oposição ao chamado “Humanismo Teórico”, que, segundo *Albuquerque*, preconiza uma busca a uma “essência” inexistente, reacionária, defendida por filósofos idealistas, pela burguesia e pelas atuais “Diretrizes Curriculares” de medicina.

Para Althusser existe uma relação não acidental entre o humanismo e o liberalismo (althusser, 1999). O Humanismo Teórico, desde seu nascimento, desempenha papel ideológico fundamental na legitimação e manutenção da ordem burguesa, buscando refrear os movimentos da classe trabalhadora, substituindo a idéia da mudança radical da sociedade pela reforma da consciência. É a consciência humana, a religiosidade, a ética, o amor que devem ser buscados e desenvolvidos no interior de cada um, não a mudança social. (Albuquerque, 2009: 173)

Nesse sentido, *Albuquerque* é enfático ao desqualificar todas as propostas em humanização baseadas nas linhas teóricas que norteiam as Reformas Curriculares e a Política Nacional em Humanização. Fruto do “Humanismo Teórico”, medidas que enfatizam a solidariedade, a compreensão ao outro, autonomia e protagonismo, a adaptação às necessidades sociais, entre outros são, não apenas ineficazes, como favorecem a desumanização.

Não só combatendo e afastando modelos de humanização que favorecem a manutenção do atual modelo de sociedade, o que as *soluções social-perfectíveis* preconizam é uma reestruturação do ensino médico de forma a construir profissionais de consciência política e transformadores da realidade em que vivem. Observamos que o objetivo é justamente contrário as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina, onde médicos são formados para adequarem-se as condições sociais do local. Profissionais solidários, bondosos, atentos as necessidades emocionais e sociais dos pacientes, entre outras demandas exaustivamente repedidas nas discussões sobre desumanização, não são o alvo destas *soluções em humanização*.

Uma mudança efetiva significaria a revolução, que transformaria a sociedade em outra, na qual a produção de valores de uso e não de valores de troca, e a apropriação coletiva desses valores de

uso estariam acima de tudo. Uma sociedade que buscasse proporcionar a cada um a possibilidade do máximo desenvolvimento de suas potencialidades, disponibilizando, para isso, todo o necessário para satisfazer suas necessidades. Certamente não é a essa humanização que se referem as diretrizes. (Albuquerque, 2009: 171)

### *Soluções Gnóstico-perfectíveis em Humanização*

As *soluções gnóstico-perfectíveis em humanização* agrupam o conjunto de propostas que refletem a visão contemporânea, ou pós-moderna, de *Homem*, e representam as idéias claramente hegemônicas nas discussões e na literatura acadêmica sobre humanização em saúde.

Colaborando com os mesmos princípios humanistas e perfectibilistas, estas superam as *soluções social-perfectíveis em humanização* na medida que aperfeiçoam a ortodoxa concepção Moderna de ciência. Alargando o antigo modelo cartesiano e unilateral para uma ciência multilateral, transdisciplinar, a ciência contemporânea suporta uma extrema fragmentação do conhecimento e do homem - tanto do ponto de vista metodológico quanto do epistemológico - embora mantendo sempre o esforço de conexão e interdependência entre suas diversas partes, no que se entende por integralidade.

Inseridas no contexto pós-moderno, tais soluções em humanização refletem não só a superação da noção clássica de ciência, mas também a intensificação ou 'purificação' das idéias de *humanismo* e *perfectibilidade*. É o aumento da "auto-estima" ontológica própria do *humanismo*, além de elevar o alcance do ideal de *perfectibilidade* ao nível da purificação (Bauman, 1999).

### *O Humano no mundo-como-Idéia*

Bruno Tolentino (1940-2007) nos atenta para o processo de idealização que vive o ocidente, desde o Renascimento Clássico, onde nossa relação com o mundo é mediada ou translocada para o que define como Idéia, ou seja: conceitos, números ou abstrações que - embora relacionadas a observação empírica real - não se prendem a realidade e permitem excessos de cunho metodológico e investigativo, deformando nossa concepção da realidade. Os relacionamentos virtuais, de todos os tipos, com a internet; e a financeirização por meio do capital especulativo, puro e numérico, são exemplos cotidianos de abstração da realidade.

Segundo Tolentino, esta exaltação da Idéia em relação ao mundo real viveu seu *climax* no Renascimento Clássico, entre os séculos XIV e XVI, tendo, nas obras do pintor italiano Leone Uccello (1397-1475), o "marco zero" para um processo que iria contaminar toda a filosofia ocidental. Para o autor, Uccello conseguiu captar toda a excelência do que Tolentino chama de *mundo-como-Idéia*: essa relação cognoscente com a realidade, apresentando-a com inconcebível pureza e imobilidade, sempre sem tempo, sem vida, sem nada. É no *mundo-como-Idéia* onde o ocidente insere sua concepção de *Homem* (Tolentino, 2002: 25).

No *mundo-como-Idéia*, o *Homem* e a natureza são transformados em conteúdo abstrato, sujeitos a qualquer tipo de análise metodológica, especulação filosófica ou generalização. O grande benefício desse movimento é reduzir o real a ponto de ser completamente coberto por nossa capacidade cognoscente, dando-nos a possibilidade de dividir o *Homem* e a natureza em quantas partes forem necessárias, e remontando as mesmas partes como convier. A segurança e o rigor científico que trazem esta "rosa cognoscente", embora deixe livre o conceito para nos fragmentar infinitamente, ao fazer o movimento de volta - ou seja, depois abstraída e reduzida para, então, ser novamente aplicada - acaba por matar, marmorizar, petrificar o *Homem* real.

No entanto, salta aos olhos que sua redução a um jogo de conceitos passa pelo encolhimento da complexa precariedade do real, mediante um esquarteramento dito analítico que faz tabula rasa da unicidade do ser; este vê-se reduzido a pouco mais que uma hipótese anestesiada na mesa de operação 'das transfigurações sem nome próprio'... confrontada às tensões e aos paradoxos de que se nutre a rosa cognoscente, a vida do espírito tende a capitular ante as seduções do concei-

to, o qual, por sua vez, entorpece-a com fórmulas, métodos e dogmas que nada mais logram além de uma leitura pretensamente 'segura', e ao cabo apenas redutiva, dos fundamentos do ser e das categorias do real... é no altar do conceito que começa a 'marmorização moral do ser'. (Grifo nosso; Tolentino, 2002: 17)

Neste momento, estamos aptos a compreender em que sentido Tolentino usa do termo *gnoses* (do grego “conhecimento”), no qual tomamos emprestado, para caracterizar o que chama de *gnosticismo moderno*. Ao trazer o real para o mundo-como-Idéia, a Modernidade não o faz de maneira inocente, despercebida, mas refaz a realidade ao seu próprio modelo, cumprindo com seu próprio orgulho *humanista*, em um “sonho louco de uma possessão-deste-mundo” que neutraliza qualquer saber ou possibilidade anterior a humana. O *gnosticismo moderno* é um esforço intelectual que nega qualquer categoria do real e todo fundamento do ser que não contenham, em si mesmos, suas próprias explicações e justificativas.

Porque, se de um lado o objetivo de uma gnose puramente humana é a 'morte de Deus' ... do outro não se contenta com ser o assassino do Criador: acaba por ser também o algoz da criatura, de toda 'criação' que não seja produto de um orgulhoso e auto-atribuído imanentismo hipotético. Invariavelmente, como se tem visto, esse tipo de filósofo tem como fruto de seu sistema a receita do assassinato 'coletivo'... de Kant, Hegel, Nietzsche, Marx, Engels, Bakunin, Comte, Gramsci e Heidegger até o atual séquito de tantos maestros - todos foram, são e quase sempre sabem ser a fina flor carnívora da Gnose, da mentira, do ódio e da destruição final de tudo. (Grifo nosso; Tolentino, 2002: 46)

Percebemos que o *Homem* aqui - mergulhado no *mundo-como-Idéia* e fruto do *gnosticismo moderno* - não é apenas livre para toda manipulação, redução, fragmentação ou generalização possibilitadas pelo conceito, mas também se vê - no seu retorno, na sua reinserção na realidade - totalmente modificado, reinventado pelos caprichos da *gnose*, tornando-se, agora, deslocado, instável e sem vida. Como já citado, esse mover configura-se como o *humanismo* e a *perfectibilidade* levados ao extremo; e são conhecidos os vários autores que, ao longo desses últimos 6 séculos, levaram em conta tais idéias, seja defendendo-as apaixonadamente, seja contrapondo-se com igual convicção (Passamore, 2004).

### *A Medicina Contemporânea e as Soluções em Humanização*

Percebe-se - pelos conceitos implicados e pela linguagem - que, embora algumas críticas e controvérsias específicas, os cadernos textos “HumanizaSus” (Brasil, 2008), da “Política Nacional de Humanização” (Brasil, 2004) são altamente demonstrativos dos principais autores avaliados, sintetizando assim as *soluções gnóstico-perfectíveis em humanização*.

São recorrentes, nos autores classificados como *gnóstico-perfectíveis*, uma diversidade de termos, tais como: “integralidade”, “interdisciplinariedade”, “biopsicosocial”, “solidariedade”, “humanidade”, “fator humano”, “diálogo entre as partes”, “gestão”, “gerenciamento”, “psicologia médica”, “consciência social”, “protagonismo”, “visão holística”; “atores em saúde”, entre vários outros termos de diversas áreas. Todos esses termos demonstram conotações ou linhas de ação que prioritariamente ligam-se à humanização, considerando a mesma como princípio integrador entre as diversas especialidades e áreas do conhecimento.

Especificamente sobre a política governamental do HUMANIZASUS, Suely F. Deslandes (Deslandes, 2004: 7-15). Chega a dividir a abrangência da humanização em eixos, quão amplas e diversas são as áreas de atuação propostas:

(...) a humanização como oposição à violência, seja física e psicológica... seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a 'compreensão' de suas demandas e suas expectativas ... a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços

tecnológicos com o bom relacionamento... O terceiro eixo discursivo traz a idéia de humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador... Assim, a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional, sendo esta sua diretriz mais central da proposta de humanização (...). (Grifo nosso; Deslandes, 2004:9)

Nota-se que este alcance amplo e diverso é notoriamente importante, no momento que as práticas em humanização assumem uma característica fundamentalmente interdisciplinar, ou melhor, transdisciplinar. O artigo “O Conceito de Humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)”, de Luiz Augusto de Paula Souza e Vera Lúcia F. Mendes, descreve muito bem essa característica de eixo que une e atravessa as várias disciplinas, com objetivo de uma pretensa visão integral do *Homem*. Diante das várias ações pontuais até então aplicadas, a humanização proposta na PNH pretende unificar e abranger todas as esferas da atenção a saúde, no caso do SUS, no sentido de qualificar e otimizar cada área: seja gestão, financiamento, qualificação profissional, relação médico-paciente, estrutura e qualidade de trabalho, produção saber, etc. Novamente, a humanização seria um eixo que atravessa, ou transversaliza, toda atenção à saúde:

Diante desse tipo de problemática, a PNH nasce como radicalização da aposta na humanização. O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2008) assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos. (Grifo nosso; Souza y Mendes, 2009: 682)

Diante desta perspectiva de integralidade do conhecimento e transversalidade das ações, os autores defendem que uma verdadeira humanização só se dá com o fim da idéia de 'purificação ou isolamento' das categorias, qual seja, a concepção de separação entre “sujeito cognoscente e o objeto que se dá a conhecer; os homens e as coisas; o mundo natural e o social”. Há uma percepção que a fragmentação do ser - advindo do processo de racionalização da medicina contemporânea - deve ser combatida e, como resposta, propõe a humanização como conceito integralizador e holístico.

Como vimos, a PNH aposta numa ruptura com aquilo que estamos chamando de práticas de purificação [isolamento], o que lhe impõe desafios de várias ordens, entre eles, desafios conceituais relevantes: suas formulações não podem se confundir com discursos científicos ou políticos estritos, ao contrário, precisam ser híbridas, capazes de transversalizar os vários planos conceituais implicados com os processos de trabalho em saúde. (Souza y Mendes, 2009: 684)

Grande parte desta discussão envolve o grande desenvolvimento tecnológico, fruto da capacidade crescente de instrumentalização de conceitos antes meramente abstratos, com ampliação, aprofundamento e surgimento de novos campos de estudo em diversas áreas, seja na biologia molecular, na farmacologia, na genética, na física quântica, na engenharia, na computação, na robótica etc. O *mundo-como-Idéia* está cada vez mais material, mais realizável: o *gnosticismo moderno* tem cada vez mais força de concretização na contemporaneidade.

Na medicina, são vários os exemplos que demonstram tal movimento, a exemplo os exames de imagens, como a ressonância magnética e suas derivações, que são concretizações de teorias de mecânica quântica do início do século XX (Hennel y Klinowski, 1993) ou mesmo a neuroengenharia, como a estimulação cerebral profunda (ECP) no tratamento da doença de Parkinson (Jankovic, 2000), que nada mais é que a somatória das idéias de neurotransmissores e de circuitos neurais elaborados em supercomputadores. O próprio termo biopsicosocial, muito repetido em inúmeros trabalhos, representa muito bem a construção gnóstica da medicina contemporânea.

nea: quando o biologicismo começa a dar mostras de enorme reducionismo, outras categorias conceituais foram integradas ao processo de saúde e doença - como a psicologia e as ciências sociais - com intuito de ampliar o alcance da “rosa cogniscente”.

O *gnosticismo moderno* na medicina mostra-se nas *soluções em humanização*, sinteticamente, através transdisciplinariedade. Sabemos que o *Homem* aqui é abstraído da realidade e conceitualizado, sendo estabilizado, modificado e fragmentando as custas da Idéia. Nesse sentido, quando da extrema divisão conceitual da realidade e do *Homem*, levando a cego distanciamento do objeto *in vivo*, resta ao gnosticismo propor um novo conceito que une as diversas partes desconexas, com intuito de nos reaproximar novamente da realidade viva e orgânica. Esse conceito integrador é a humanização.

No homem conceitual pós-hegeliano - esse pai-de-todos ao qual seguir-se-ia toda uma procissão de fura-bolos, mata-piolhos e mindinhos nietzschianos, comteanos, marxistas, heideggerianos, sartreanos et caterva - constata-se nada menos que uma recusa de toda e qualquer contestação possível fora do sistema; fica assim barrada, e efetivamente proibida, qualquer discussão, visto que na semântica sistêmica os termos de sua linguagem não têm como - ou, mais singelamente, não podem - ser contestados! (Tolentino, 2002: 50)

A transdisciplinariedade engloba as principais queixas em desumanização: atua nos conceitos de administração e gestão, equilibrando as relações de trabalho entre profissionais e entre as diversas esferas públicas, seja municipal, estadual ou federal; age na esfera das ciências sociais, no equilíbrio entre relações de produção e demanda em saúde; atua diretamente na relação médico-paciente e nas subquestões que a envolvem, tanto do ponto de vista ético, quando psicológico e social; e também atua na formação acadêmica do médico, expandindo o currículo com novas áreas do conhecimento. Metaforicamente, a humanização seria a lança conceitual que corta, atravessa e une os pedaços de um *Homem* fragmentado pelo mundo-como-Idéia. O que se percebe - e os cadernos HumanizaSus são bem ilustrativos - é que a “avant-garde” da crítica e solução da desumanização são consensuais e concordantes com os mesmos princípios filosóficos de *humanismo*, *perfectibilidade* e *gnosticismo-moderno*, típicos da contemporaneidade.

### ***Soluções Não-perfectíveis em Humanização***

Aqui não existe a afirmação *a priori* de uma natureza humana potencialmente aperfeiçoável, nem ao menos a pretensão de englobar o mundo em conceitos e abstrações: essencialmente, o orgulho *humanista* e o sonho *perfectibilista* são ignorados nas *soluções não-perfectíveis em humanização*.

O artigo base para está discussão será “Humanização, humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil”, de Dante C. Gallian, Luiz Felipe Pondé e Rafael Ruiz<sup>25</sup>. Segundo os autores, a desumanização é concebida como patologia da modernidade, fruto das escolhas filosóficas desenhadas no período moderno da filosofia ocidental, sendo a humanização entendida segundo um retorno as conhecidas humanidades - literatura e artes liberais.

### ***O Humano nas Humanidades***

Foi apenas no início do século XIX que o termo *humanidades* iria aparecer para designar o conjunto de saberes e disciplinas que se arregimentavam fora do campo das *ciências*. Porém, num contexto de progressivo prestígio da visão científica do mundo e do homem, as *humanidades* perderam gradativamente espaço. Enquanto “salvaguarda” de um “outro” saber - relacionado com a intuição e a tradição e não tanto com a razão e a experiência empírica - foi, rapidamente, como bem aponta Ortega y Gasset (1883-1955), desaparecendo do horizonte da educação, até

reduzirem-se, nos currículos universitários, a disciplinas de “*cultura geral*”. Conseqüentemente, iremos considerar as humanidades como conhecimento originado, não das ciências, mas da literatura, filosofia e das artes liberais - principalmente da dita literatura dos clássicos.

Não obstante, o que nos presta reter é seu caráter desvinculado de abstrações e racionalizações totalizantes (Ribeiro, 2001). Nesta, o *Homem* e a realidade não são simplificados em conceitos ou leis, mas sim abordados de maneira íntegra, ampla e difusa, usando como recursos para compreensão a razão, a intuição e as emoções: as armas próprias da grande literatura e das artes. Dessa forma, não se prendendo às abstrações, o *Homem* - nas humanidades - perde em segurança e clareza, mas ganha espaço para uma realidade mais ampla, dinâmica e verdadeira.

A realidade humana, vista de maneira não idealista, torna praticamente incompatível dois princípios básicos do discurso ainda habitual sobre a realidade de todas as coisas: o da precisão e o da significação. Diante da realidade que é, toda ela, perfeitamente complexa e por nada simples, os princípios tidos como precisos habitualmente perdem significação e os significativos perdem precisão. (Ribeiro, 2001: 68)

Neste universo de complexidade e indeterminação a que se prestam as humanidades, não há um vínculo obrigatório com os conceitos de *humanismo* e *perfectibilidade*. Os seres humanos, inseridos nesta realidade total, fora de controle e alcance, encontram-se numa situação de muito maior fragilidade, solidão e insuficiência: diante do real que nos cerca, não existe nenhuma garantia que nos coloque na situação de senhores do nosso destino.

Blaise Pascal (1623-1662), um dos maiores críticos do *humanismo* filosófico, defende que o Homem, em sua limitação diante da realidade que lhe foi dada (a natureza, o envelhecimento, as limitações materiais e a morte) mostra-se necessariamente angustiado. Assim, o pensamento de Pascal exemplifica a visão de *Homem* nas humanidades.

Seu argumento, na realidade, é que, quando não se movimenta (se diverte), o Homem necessariamente se afoga naquilo que, sendo sua essência estrutural, brota do seu coração. Pascal nega que o Homem possa existir, quando o movimento auto-alienante cessa, sem experimentar angústia, desespero, tristeza. O foco da sua análise parece desviar-se de uma argumentação eminentemente moral para um cenário psicológico profundo. O gestual retórico da perfectibilidade seria, nesse sentido, um modo de desviar-se da agonia essencial, negando o condicionamento teológico, mas permanecendo presa da inevitável angústia ontológica. (Pondé, 2006: 362)

Nas humanidades, a ontologia humana é invertida: de um *Homem* racionalmente poderoso e ilimitado em seus alcances, para seres fragilizados por nossas próprias limitações - físicas, morais, éticas e epistemológicas - e existencialmente indefesos diante das determinações impessoais do real. As humanidades, do ponto de vista do *humanismo* e da *perfectibilidade*, radicalmente antagonizam-se a concepção moderna da realidade.

Usando esses princípios como base, entendemos que a desumanização, neste momento, dá-se pelo afastamento humano de sua condição existencialmente limitada e insuficiente. Ao abordarmos o mundo segundo concepções racionalistas e abstrações totalizantes, ou mesmo segundo um gnosticismo aos moldes de TOLENTINO, o *Homem* acaba por perder-se em um mundo desconectado com a realidade e transformando-se em um ser totalmente inventado, forjado, sem vida, irreal, desumano.

Por outro lado, cabe advertir também uma outra vertente de interpretação do Humanismo, de cunho mais filosófico, que, partindo também do renascimento, determinou, em grande parte, a construção da patológica visão de mundo moderna e que está relacionada à idéia de perfectibilidade. Dando fundamento antropológico às ciências modernas, este Novo Humanismo não deixou de colaborar de forma efetiva para o fenômeno desumanizador que caracteriza os tempos modernos. (Gallian y outros, 2012: 5-16)

Dessa maneira, podemos concluir que nas *soluções não-perfectíveis em humanização*, o humano é insuficiente em determinar a si mesmo e a realidade que o cerca; assim sendo, ao creditar-se propenso a um humanismo perfectibilista, como propõe a modernidade, o *Homem* acaba afastando-se de sua real condição limitada, aceitando uma mentira que o desumaniza.

### *Humanidades e as Soluções em Humanização*

Em sua defesa para criação do curso de Humanidades, na Universidade de São Paulo, Teixeira Coelho trabalha a questão enfocando o processo que denomina “desculturalização do ensino” (Coelho, 2001). Entendendo a “experiência da cultura” – identificada com as artes, literatura e filosofia, “cujo conjunto chamamos de *humanidades*” (Ribeiro, 1991: 17) – como meio facilitador da “experiência do difuso e do indeterminado” e da “ampliação da esfera de presença do ser”, a educação através das humanidades apresenta-se como elemento indispensável para a própria *sobrevivência* da universidade no século XXI. Segundo o autor, é através do exercício das humanidades que se desenvolve o *cogito prismático*, o pensamento requerido para abordar a realidade humana de uma “maneira não idealista”, portanto livre das condicionantes da “precisão e do significado”, tão característicos da perspectiva científica moderna.

Aqui [aponta o autor, ao comentar um conto de Tchecov] interessa ver como um dado conto, uma certa peça de literatura, de ficção, de arte, lida com a indeterminação e a difusão, e como a leitura de um conto assim é uma experiência da indeterminação que permite ao leitor, na descrição de F. R. Leavis [...], ‘uma renovação de [sua] vida sensual e emocional e a aquisição de uma nova consciência’. (Coelho, 2001: 72)

Inovar, renovar, ampliar a esfera sensual, afetiva, intelectual e mesmo volitiva do ser; interagindo e envolvendo este não apenas enquanto *ser pensante*, mas enquanto *ser afetivo, volitivo, ser difuso e indeterminado*: as humanidades ou a *experiência da cultura* propõem não só um novo e mais amplo olhar – conhecimento – sobre a realidade, como desencadeiam um processo de profunda transformação no próprio sujeito que olha, que conhece. Ao ampliar as esferas de presença, de experiência, e de consciência, as *soluções não-perfectíveis em humanização* apresentam-se como meio privilegiado de *humanização*, aproximando-nos de nossa real condição, tanto natural quanto existencial.

São então duas coisas básicas que espero da presença curricular da cultura [a Arte] na Universidade: a experiência de ampliação da esfera de presença do ser, num momento em que as possibilidades de ampliá-las parecem ilimitadamente ao alcance da mão...; e a experiência do difuso e do indeterminado, simultânea e triplamente, como: 1) modo de desaprendizado das perspectivas enrijecidas...; 2) modo de potencialização da experiência humana em sua mais ampla diversidade; 3) de atualização do jovem universitário com as propostas mais recentes e mais abertas do pensamento científico... (Ribeiro, 2001: 97)

Diante dessas questões, retomemos que as *soluções não-perfectíveis em humanização* fundamentam-se nas ditas *humanidades* ou *experiência da cultura* (Ribeiro, 2001), sendo que seu intuito humanizador consiste em trazer o *Homem* para mais próximo de sua realidade insuficiente e limitada - tanto social, biológica, moral, epistemológica e política - além de ampliar sua percepção, experiência e consciência de si mesmo e do todo.

## Conclusão

“Posso perdoar a força bruta, mas a razão bruta é uma coisa irracional. É bater abaixo da linha do intelecto”.  
Oscar Wilde

Como já foi dito, não abarcamos nem nos arrogamos a abranger toda a temática incluída, mas somente buscar a essência conceitual e filosófica de cada *solução em humanização*, intencionalmente desprezando eventuais minúcias. Assim, este trabalho lança a possibilidade de futuras pesquisas, que permitirão conhecer melhor os aspectos envolvidos em cada solução categorizada, tanto do ponto de vista teórico quanto prático.

Não obstante, temos que as diversas soluções em humanização são claramente reconhecidas - ainda que não explicitamente - segundo princípios filosóficos bem estabelecidos, especificamente, o *humanismo* e a *perfectibilidade*. Embora a grande maioria dos artigos levantados não se prestem a discutir sua base filosófica, nem ao menos qual modelo de humano a que se pretende, o fato de classificá-los, aos moldes que esta revisão possibilitou, permite-nos inferir que não existe “inocência” histórico-filosófica em nenhuma proposta teórica ou prática em humanização. Como trabalhado aqui, a humanização da medicina é, antes, uma discussão filosófica.

Observamos também a necessidade imediata em aprofundar - do ponto de vista conceitual e epistemológico - os debates sobre humanização, na medida que a grande maioria dos artigos lidos apenas manipulam a humanização superficialmente, em um processo de esvaziamento filosófico que muito se aproxima ao senso comum. Soma-se a isso a necessidade de ampliação da bibliografia trabalhada - também muito restrita e repetitiva - com a busca de novos autores e correlações histórico-filosóficas que deem conta de abarcar o tema em sua complexidade, assim como propor soluções em humanização realmente eficientes e eficazes.

Outro tópico importante é o paralelismo entre a visão humanista nas *soluções gnóstico-perfectíveis em humanização* - que quantitativamente representam a visão hegemônica em humanização - e o humanismo que fundamenta a modernidade, ou melhor, pós-modernidade. Esse paralelismo confirma a crítica, já bem trabalhada por diversos autores, no qual o humanismo moderno surge como grande responsável pelo processo de desumanização, este também considerado uma “patologia” própria da modernidade (Gallian, 2012). Considerando que *Humanismo* e *perfectibilidade* são teses fundamentais para a desumanização na sociedade e cultura ocidentais, basear políticas públicas e mudanças curriculares segundo os mesmos princípios, com intuito de solucionar a questão da humanização, é uma atitude antes infrutífera, como possivelmente prejudicial e desumanizante. Sendo assim, das diversas propostas observadas, somente as *soluções não-perfectíveis em humanização* respondem combatendo os fundamentos filosóficos modernos desumanizantes, ou as “patologias da modernidade” (Gallian, 2012).

Uma progressiva desumanização - justamente na área de maior prestígio e esperança da modernidade, qual seja, as ciências médicas - não será suficiente para nos alertar a necessidade de “voltar as bases”, rever nosso *humanismo*, essa pretensa humanização que principalmente nos afasta de qualquer qualidade genuinamente humana?

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, C.S.C. (2009). *As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná*. Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná: Doutorado [Dissertação].
- Bauman Zygmund (1999). *O Mal Estar da Pós-Modernidade*. São Paulo: ZAHAR, 1999.
- Bittar, Y. y Gallian, D.M.C. y Sousa, M.S.A. (2013). “A Experiência Estética da Literatura como Meio de Humanização em Saúde: O Laboratório de Humanidades da EPM/UNIFESP”. *Revista Interface* 44(17), 171186.
- Boelen, C.A. (2002). “A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report”. *Bull World Health Organ* 80(7), 592-3.
- Bruno Tolentino (2002). *O mundo como Idéia*. São Paulo: GLOBO.
- Brasil (2008). *HumanizaSUS. 4a edição*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Série B. Textos Básicos de Saúde: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Ministério da Saúde.
- (2008). *HumanizaSUS. 4a edição*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Série B. Textos Básicos de Saúde: Ministério da Saúde.
- Deslandes, Suely F. (2004). “Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar”. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(1), 7-14.
- Edler, F. y Da Fonseca, M.R.F. (2006). “A Crise da Educação Médica na Segunda Metade do Século XX”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 30(2), 21-22.
- Flexner, A. (1910). “Medical Education in the United States and Canada”. *Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching*, Bulletin 4, NY.
- Gallian, D.M.C. (2000). “A(re)humanização da medicina”. *Psiquiatria na Prática Médica* 33(2), 5-8.
- (2012). “Humanização, Humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas o contexto da saúde no Brasil”. *Revista Internacional de Humanidades Médicas* 1(1), 5-16.
- Gouhier, H.L. (1987). *Anti-humanisme au XVIIeme siècle*. p. 20-21. Paris: J. Vrin
- Jankovic, J. (2000). “Complications and limitations of drug therapy for Parkinson's disease”. *Neurology* 55(6), S2-6.
- Luz, M.T. (1993). *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Série Estudos em Saúde Coletiva, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ
- Maia, J.A. (2005). *Formação Humanística no Ensino Superior em Saúde: Intencionalidade e acasos*. Ensino em saúde: Visitando Conceitos e práticas. São Paulo: Arte e Ciência.
- Manacorda, M.A. (1996). *Marx e a pedagogia moderna. 2. ed*. São Paulo: Cortez.
- Marco, M.A. (2006). “Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 30(1), 60-72.
- Pagliosa, F.L. y Da Ros, M.A. (2008). “O Relatório Flexner: para o bem e para o mal”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 32(4), 492-499.
- Passamore, J. (2004). *A Perfectibilidade do Homem*. São Paulo: Topbooks.
- Pondé, L.F. (2006). “Do Humanismo Ridículo: a crítica da perfectibilidade humana em Pascal e Lutero”. *Kriterion [Belo Horizonte]* 114(47), 347-366.
- Santos, J.O. (1996). “Filosofia da Educação Médica: interpretação da práxis”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 10(2), 82-6.
- Hennel, L.W. y Klinowski, J. (1993) *Fundamentals of Nuclear Magnetic Resonance*. Longman Scientific & Tecnical: Essex - England.
- Ortega y Gasset José (1999). *A Missão da Universidade*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Pascal, B. (1991). *Écrits sur la grace*. In: MESNARD, Jean (Ed.). *Œuvres Complètes*. Paris: DDB.

- Ribeiro, R.J. (2001). *Humanidades: um novo curso na USP*. São Paulo: Edusp.
- Souza, L.A.de P. y Mendes, V.L.F. (2009). “O Conceito de Humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)”. *Interface [Botucatu]* 13 (1), 681-688.
- Teixeira Coelho, J.A. (2001). *A Cultura como Experiência*. In: RIBEIRO, R.J. (Org.). *Humanidades: um novo curso na USP*. São Paulo: Edusp.
- Thomas, P. (2001). “Homeopathy in the USA”. *The British Homeopathic Journal* 90(2), 99-103.

## SOBRE OS AUTORES

**Thiago Gomes Barbosa:** Graduando em medicina pela Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo e bolsista FAPESP em projeto de iniciação científica, à época da realização deste trabalho. Atualmente é médico formado pela mesma universidade e participante do Laboratório de Humanidades. Pretende seguir seus estudos médicos na área de neurocirurgia e humanidades médicas.

**Roberto Pereira Miguel:** Mestre em Ciências da Religião pela PUC-SP e doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. Bolsista da FAPESP.

**Dante Marcello Claramonte Gallian:** Doutor em História Social pela FFLCH-USP, com pós-doutoramento na EHESS de Paris, França. Docente Associado e Diretor do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo e Visting Researcher no Centre of Humanities and Health do King’s College London, Inglaterra. Pesquisador da FAPESP.

GLOBAL  KNOWLEDGE  
ACADEMICS

