Yuri Nishijima Azeredo

**Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt
para o debate de humanização.**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Programa de Medicina Preventiva

**Orientadora: Prof.^a Dr^a. Lilia Blima
Schraiber**

**SÃO PAULO
2017**

Yuri Nishijima Azeredo

**Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt
para o debate de humanização.**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Programa de Medicina Preventiva

**Orientadora: Prof.^a Dr^a. Lilia Blima
Schraiber**

**SÃO PAULO
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Azeredo, Yuri Nishijima

Saúde coletiva e filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de
humanização / Yuri Nishijima Azeredo. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Humanização da assistência 2.Desumanização 3.Condições
de trabalho 4.Serviços de saúde 5.Violência 6.Poder (psicologia) 7.Ciências

À Francisco da Silva Haddad (*in memoriam*), grande amigo e companheiro que me faz tanta falta. Desde que você se foi, acredito que cada ato nosso de bondade, de virtude ou de justiça é uma espécie de homenagem para você.

À Tereza de Campos Beer Goulart, pequena que acaba de chegar nesse mundo e carrega a esperança que só o futuro pode nos dar. Que você cresça em um mundo mais justo, livre e feliz que aquele em que eu cresci.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Medicina Preventiva, seus funcionários e docentes, que proveram as melhores condições possíveis para a realização da pesquisa e também para o meu crescimento acadêmico.

Aos amigos que fiz na pós-graduação, Vivian, Tereza e Marcelo, por compartilharem os sabores e dissabores desse caminho.

Aos amigos da faculdade, por viverem comigo anos de tantas descobertas, boas e ruins, pessoais e políticas.

Aos velhos amigos, em especial aqueles que se auto intitulam 'Famiglia': obrigado pela amizade, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade e pela proximidade. Por ser a melhor companhia nas vitórias e nas catástrofes. Sou um homem de sorte por tê-los próximos por tantos anos e tenho a certeza que os terei por tantos mais. Por tanto tempo de amizade só posso agradecer pelo que eu sou. Porque eu sou o que nós somos. Em especial, agradeço ao velho amigo Alan Osmo, pela revisão cuidadosa e os comentários precisos e profícuos sobre o meu texto.

Aos meus pais, Carmen e José Augusto, tanto por proverem as condições materiais para realização dos meus estudos quanto por nos ensinarem desde cedo que não há felicidade ou descanso enquanto existir fome, pobreza e injustiça nesse mundo.

À minha companheira Bianca, pela cumplicidade amorosa, pelo carinho e paciência nas crises, por estar ao meu lado nas vitórias e por me fazer um homem melhor.

À professora Lilia Schraiber. Agradeço-lhe por me receber tão bem nessa minha ainda breve trajetória acadêmica. Pela sua disponibilidade em discutir e conversar assuntos acadêmicos e não acadêmicos, pelos almoços, pela leitura atenta dos meus textos, pelo rigor de suas críticas. Principalmente agradeço pela generosidade no ensinar, o que me faz sentir uma profunda admiração pela atividade docente e o quanto ainda tenho que aprender.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. Humanização e o pensamento crítico da Saúde Coletiva	11
1.1 Aproximação do tema da humanização em saúde	12
1.2 Sobre o campo da Saúde Coletiva.....	17
1.3 A Saúde Coletiva em perspectiva epistemológica	18
1.4 Mudanças nas práticas de saúde e as novas conformações do trabalho: uma temática nuclear no campo	20
1.4.1 Conformação da prática médica liberal no Brasil	21
1.4.2 Conformação da medicina tecnológica.....	22
1.4.3 A crise dos vínculos de confiança e a alienação no trabalho: aproximação da questão da desumanização / humanização.....	24
1.5 Saúde Coletiva e Filosofia	27
CAPÍTULO 2. A pesquisa empírica: desenho, metodologia, resultados.....	29
2.1 Do objeto e da metodologia	29
2.1.1 A temática desumanização/humanização	29
2.1.2 Desenho geral e produção de dados	32
2.1.3 Análise dos documentos oficiais e das publicações científicas: notas sobre a hermenêutica.....	33
2.1.4 Ética da pesquisa.....	36
2.2 Os documentos oficiais	36
2.2.1 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)	36
2.2.2 A Política Nacional de Humanização (PNH)	39
2.3 As publicações científicas.....	41
2.3.1 Os recortes na abordagem da humanização	41
2.3.2 Os aspectos metodológicos das publicações	43
2.3.3 A vinculação da pesquisa científica com o movimento sócio-histórico da humanização	45
2.3.4 Caracterização das publicações selecionadas através do cruzamento de dados .	47
CAPÍTULO 3. As contribuições do pensamento de Hanna Arendt para a temática da humanização/desumanização em Saúde.....	54

3.1 O percurso intelectual de Hannah Arendt	54
3.2 O poder	57
3.3 A Violência.....	60
3.4 A Tradição	62
3.5 A Crise e a Natalidade	66
3.6 A Autoridade	67
CAPÍTULO 4. Humanização: as perspectivas existentes e um outro olhar possível	73
4.1 A humanização e seus referentes.....	73
4.1.1 A humanização essencialista: saudosismo da medicina liberal?	74
4.1.2 Humanização como mudança nas relações intersubjetivas no âmbito dos serviços: a gestão participativa e o encontro clínico dialogado	79
4.2 Poder, violência e autoridade: um outro olhar e algumas reflexões sobre os fundamentos das relações intersubjetivas nas práticas de saúde	81
4.2.1 A autoridade e o poder nas publicações selecionadas	82
4.2.2 A tradição em medicina	87
4.2.3 A autoridade médica.....	90
CAPÍTULO 5. Ciência e Técnica na Modernidade	95
CAPÍTULO 6. Considerações Finais	107
Anexo A: Referências dos artigos levantados	116
Referências Bibliográficas.....	126

RESUMO

AZEREDO, YN. *Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

O tema da humanização dos serviços e das práticas de saúde vem sendo objeto atualmente de várias elaborações e publicações no campo da saúde coletiva em virtude da sua importância para constituição de práticas e serviços fundamentados no cuidado. Esse estudo teve como objetivo a análise do conceito de humanização, sua utilização e referentes, dentro da produção do campo da saúde coletiva. Optou-se pela metodologia de vertente qualitativa, sendo que o empírico se constituiu de 98 artigos publicados e selecionados a partir de levantamento nas bases de dados LILACS e SCIELO, por meio do unitermo 'serviço de saúde' em cruzamento com 'violência', 'humanização' e 'desumanização'; e do unitermo 'trabalho em saúde' igualmente com 'violência', 'humanização' e 'desumanização'. Além desses, buscou-se o unitermo 'encontro clínico' em separado. Esse levantamento mostrou uma grande polissemia do conceito de humanização dentro do campo da saúde coletiva bem como uma grande diversidade de referentes. Levamos em consideração as transformações pelas quais passam o trabalho médico e, por conseguinte, o trabalho em saúde na Modernidade, assim como a reflexão política de Hannah Arendt, principalmente acerca dos conceitos de 'autoridade', 'crise', 'natalidade', 'poder', 'tradição' e 'violência'. A partir disso, buscou-se enriquecer o debate e trazer aportes dos conceitos arendtianos apresentando-se novas distinções conceituais e possibilidades de abordagem ainda pouco exploradas no campo da saúde coletiva.

Descritores: Humanização da Assistência, Desumanização, Trabalho em Saúde, Serviços de Saúde, Violência, Poder, Ciências Humanas.

SUMMARY

AZEREDO, YN. Collective Health and Philosophy: Hannah Arendt's contributions to the humanization debate [dissertation]. São Paulo: Medical School, University of São Paulo. 2017.

The subject of humanization of health services and health practices has been object of several researches and publications in Collective Health field because of their importance for constitution of practices and services focused on health care. This study aimed to analyze the concept of humanization, its use and referents, within the production of Collective Health field. Qualitative methodology was chosen, and the empirical part consisted of 98 published articles that were selected from a search in LILACS and SCIELO databases. They were chosen through the keyword 'health service' data crossing with 'violence', 'humanization ' and 'dehumanization' and the keyword 'work in health' data crossing with 'violence', 'humanization' and 'dehumanization'. In addition to these, the keyword 'clinical encounter' was sought separately. This search showed a huge polysemy of the concept of humanization within Collective Health field as well as a great diversity of referents. We took into account the transformations occurring within medical work, and consequently within health work in modernity, and Hannah Arendt's political reflection, mainly on the concepts of 'authority', 'crisis', 'birth', 'power', 'tradition' and 'violence'. From this, we sought to enrich the debate and to bring contributions of the Arendtian concepts presenting new conceptual distinctions and possibilities of approach still little explored in Collective Health field.

Keywords: Humanization of Assistance, Dehumanization, Health work, Health service, Violence, Power, Humanities.

CAPÍTULO 1. Humanização e o pensamento crítico da Saúde Coletiva

O nosso interesse pelo tema da humanização nasceu primeiramente da surpresa de que uma relação cujo fim é o cuidado pode se transmutar em uma relação de descaso ou mesmo de violência. E a surpresa só aumenta quando se constata que esses episódios não são raros ou esporádicos, mas ocorrem dentro dos mais variados serviços de saúde no Brasil, sejam públicos ou privados, grandes ou pequenos, e em todos os níveis de atenção à saúde. São problemas tão importantes e crescentes que os programas fragmentados para tratá-los são insuficientes, nascendo assim a Política Nacional de Humanização.

A saúde atravessa um momento especialmente propício à reflexão. As indagações da presente pesquisa surgem do incômodo suscitado naqueles que se detêm sobre os debates atuais acerca da humanização em saúde com um olhar um pouco mais atento: a população brasileira passa por experiências de violência quando procura serviços de saúde. A violência dentro dos serviços tem se tornado algo tão cotidiano que a humanização nasce como demanda social pelo respeito aos direitos da população e como política pública que busca atuar sobre essa violência. Para tentar compreender e interpretar esse fenômeno contemporâneo, apresentamos aqui a nossa reflexão acerca do tema da humanização e do contexto de produção acadêmica que o circunda.

Assim, é necessário nos questionarmos: o que é humanizar? O que é preciso humanizar? O que produz uma relação desumanizada em saúde? Quais condições sociais transformam uma relação de cuidado em uma relação de violência?

Considerações acerca dessas questões e suas relações com o que é a Saúde Coletiva, seu conteúdo teórico e o tema da humanização constituem o Capítulo 1 desta dissertação. No capítulo 2, apresentaremos a metodologia de pesquisa e todas as ferramentas utilizadas para a interpretação de nosso material empírico e já apresentaremos os resultados da parte empírica de nossa pesquisa. No Capítulo 3, buscamos ampliar as

bases para discutir nossos dados, trazendo novo referencial a partir do pensamento filosófico de Hannah Arendt, com o objetivo de contribuir com o pensamento crítico do campo da Saúde Coletiva em que, principalmente, estão situadas as problemáticas em torno da humanização. Finalmente, no Capítulo 4, já apresentados novos aportes conceituais para pensar a questão da humanização/desumanização, voltamos a examinar aquelas dimensões do trabalho em saúde nucleares à nossa temática, para apontar, em primeiro lugar, como desfazer a confusão conceitual que surge no debate dentro do campo da Saúde Coletiva no que diz respeito à homogeneização de conceitos profundamente diversos, como violência, autoridade e poder, além de discutir novas abordagens e novas compreensões acerca das relações humanas nas práticas de saúde. No capítulo 5 abordaremos as imbrincadas relações entre homem e ciência que transformam radicalmente a relação dos homens com seu mundo e como essa transformação se relaciona ao fenômeno da violência em saúde. Por fim, no Anexo A apresentamos as referências bibliográficas dos artigos levantados na parte empírica da pesquisa.

1.1 Aproximação do tema da humanização em saúde

[...] eu não lembro direito, o médico disse que eu ia ter a criança normal, que cesariana não dava por causa do meu estado, por isso ia ser normal [...] Aí eles falaram que ia pôr remédio para dar dor e doeu muito, a noite todinha e no outro dia também, toda hora fazia toque e era muito dolorido, eu sei que tinha hora que eu nem deixava dar o toque, não queria, e o médico fazia assim mesmo, que precisava né? Mas doía e o médico veio romper a bolsa com um aparelhinho e enfiou lá dentro e rebentou a bolsa ali na cama mesmo, no meio de todo mundo [...] (Pereira, 2004, p. 396).

[...] eu só não gostei de uma coisa [...] a única coisa que eu fiquei magoada foi com a médica que me internou, sabe aquele pessoal lá que atende na triagem e que colhe um líquido da gente [...] sei que ficaram tudo com nojo de mim, de cheirar assim mal [...] ficaram rindo uns pros outros [...] Eu com aquela dor, me segurando, e todos rindo, sabe? E eu com dor... aí

eu comecei a chorar, porque eles me trataram mal [...] eles estavam me machucando de tanto mexer em mim, e eu lá naquela posição [...], esperando [...] esperando e rezando para terminar logo pra eu poder sair daquela posição. E eles demoraram [...], uma colheu o líquido e estava falando para os outros 'vê se está com problema, que eu não vou ver'. Aí os outros falaram 'não, não, não', todos com nojo de mim [...] (Pereira, 2004, p. 398).

Na qualidade de introdução, os relatos acima nos aproximam das problemáticas escolhidas como objeto de pesquisa. A violência sofrida por pacientes dentro de instituições de saúde no Brasil é um problema sério e está longe de ser uma questão pontual, que diz respeito a um profissional ou a uma instituição de saúde em específico. Pesquisas do Ministério da Saúde mostram altos índices de reclamações em relação a maus tratos e falta de compreensão das demandas e das expectativas dos usuários nos serviços de saúde. Essas questões chamam mais a atenção dos usuários do que a falta de médicos, a infraestrutura dos serviços, a quantidade de hospitais e a falta de medicamentos (MS, 2000).

Frente a esse contexto, nascem movimentos sociais que lutam para que os direitos dos pacientes sejam assegurados, pela garantia de sua integridade física e psíquica e pelo fim da violência institucional na saúde. Assim, até meados dos anos 2000, o termo humanização da saúde é a bandeira que designa a luta dos usuários pelo respeito aos seus direitos em contextos específicos.

Os ideais que os programas e a política de humanização incorporarão nos anos 2000 começam a ser defendidos por movimentos sociais ainda na década de 1970, principalmente acerca da saúde mental, durante a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial:

O processo de humanização do setor da Saúde Mental se deu através da batalha antimanicomial, pela extinção dos castigos corporais e mentais disfarçados em técnicas terapêuticas, pelo fim do abuso medicamentoso, pela liberação da palavra e abertura de sua escuta, pelos direitos dos pacientes e, sobretudo, pelo reordenamento das relações dos profissionais de Saúde entre si e de suas relações com

os pacientes. As iniciativas no campo da Saúde Mental, que antecipariam o movimento mais geral de humanização da Saúde, se constituíram, antes de tudo, como uma instância de liberação.

Nos anos 70, tornaram-se célebres, sobretudo no Primeiro Mundo, as iniciativas voltadas à prática de análises institucionais e à criação de comunidades terapêuticas em que se processaram as primeiras experiências significativas de relações humanizadas no campo da Saúde (Reis et al., 2004, p. 40).

A bandeira da humanização das práticas de saúde já era empunhada também pelo movimento feminista desde a década de 1970. Até hoje são observados flagrantes episódios de violência que as mulheres sofrem na saúde:

Lá na maternidade tinha uma mulher, já era o quarto filho dela. E a mulher lá, dando as contração, a mulher fazendo um escândalo. E eu lá, era o meu primeiro filho, porque diz que se você não gritar, não fazer escândalo, eles não maltrata. Agora, se você faz escândalo eles maltrata [...] eles deixaram ela de canto lá, reclamando sozinha. Aí elas falava assim: 'Olha o exemplo, hein. A moça aí novinha morrendo de contração e não tá dando um piu e você aí, já no quarto filho e gritando desse jeito? Calma!'. Aí o médico falou assim: 'Só por isso você vai ficar aqui aguentando' [...] E eu lá com as contração, eu não dava um piu, eu me mordida, eu puxava minha mão, eu puxava... Dobrava o colchão, aí menina, mas eu não gritava, não fazia nada (Aguiar; d'Oliveira, 2011, p. 85).

A bandeira da humanização é particularmente levantada em relação aos direitos reprodutivos das mulheres (Carnot, 2005; Costa, 2004; Vieira, 2002), em relação aos bebês internados em UTI (Deslandes, 2004a) e, também, na busca pela melhoria da qualidade de atenção aos usuários nos serviços de saúde (Souza; Mendes, 2009).

No contexto das pautas dos movimentos sociais, a humanização é um mote que sintetiza e aglutina. A humanização torna as demandas dos movimentos sociais autoexplicativas já que, no momento em que se diz 'humanização do parto', logo nosso pensamento é levado para as violências que as mulheres sofrem durante o parto, bem como 'humanização da saúde

mental' nos leva às condições precárias inaceitáveis dos manicômios brasileiros. Embora esses dois movimentos sociais exemplares da humanização possam ser generalizados como movimentos de respeito aos direitos do cidadão, suas demandas são de natureza bastante diferentes. Esse será um aspecto essencial da abstração e da indefinição posterior, no momento em que programas e políticas governamentais capturam o termo.

Até o ano 2000, o termo humanização também é utilizado para nomear uma série de programas estatais fragmentados que buscam atender as demandas que são objetos de luta desses movimentos sociais (Benevides; Passos, 2005a). Destacam-se a Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999), o Programa de Acreditação Hospitalar (2001), o Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade de Assistência Hospitalar (2000), o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000).

Ainda no ano 2000, nasce o PNHAH (Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar), cuja função era criar comitês de humanização dentro de hospitais, voltados para a melhoria da qualidade de atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. A temática da humanização deixa de dizer respeito a campos específicos da saúde e passa a tratar do hospital, enquanto serviço, como um todo. Desta maneira, as discussões e políticas de humanização deixam de ser localizadas e pontuais para buscar intervir em problemas presentes nos serviços de saúde de maneira geral. Esses programas deixam de tratar somente da relação entre uma população específica e o serviço, mas procuram intervir também na gestão dos serviços, o que, por sua vez, inclui o relacionamento entre os próprios trabalhadores nos diferentes níveis hierárquicos nos serviços.

A partir dessas primeiras experiências da humanização enquanto política pública, em 2003 nasce a PNH (Política Nacional de Humanização)

que objetiva unificar os programas fragmentados a partir da seguinte trinca de princípios:

a inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados; a transversalização de saberes, de poderes e de afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, fomentando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação comum sem, contudo, borrar a ponto de negar especificidades, senão colocando-as em relação, em rede, para diferir; a aposta na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas - também por construções históricas - são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização (Pasche, 2009, p. 704).

Esses princípios, além de partilharem conceitos com os princípios que já estabelecem o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), ampliam, em muito, o leque de possibilidades de atuação sobre problemas do sistema que necessitam ser ‘humanizados’. Se, por um lado, o alargamento daquilo que se entende por humanização traz à visibilidade do espaço público uma série de questões esquecidas ou negligenciadas no que se refere à relação das minorias com a saúde, à relação entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema e a como se organiza o processo de gestão dentro de um serviço, por outro lado, esse alargamento traz, também, o que Regina Benevides e Eduardo Passos (2005b, p. 390) chamam de conceito sintoma:

Estamos chamando de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980.

Ou seja, a ideia de que tudo precisa ser humanizado torna a humanização uma expressão de uso corrente, mas com um conteúdo bastante indefinido e impreciso.

Nossa pesquisa se debruçará sobre a maneira pela qual as publicações científicas do campo da Saúde Coletiva enxergam, criticam e repensam a humanização em saúde. Assim, para amparar nossas análises e interpretações, seguimos apresentando o campo e os conceitos que extrairemos dele.

1.2 Sobre o campo da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimento interdisciplinar constituído pela epidemiologia, pelo planejamento/gestão em saúde e pelas ciências sociais em saúde. Esse conjunto de disciplinas pesquisa o estado sanitário da população, a natureza e o desenvolvimento das políticas públicas em saúde, os processos e desenvolvimento de doenças e agravos, além da distribuição dos adoecimentos e mortes em diferentes segmentos populacionais como, por exemplo, classe social, gênero, cor e território. A crítica ao biologismo dominante na saúde, à naturalização da vida social e sua submissão à clínica e, por fim, a crítica da dependência em relação ao modelo médico hegemônico são elementos elencados por Paim e Almeida Filho (1998) como marco conceitual do campo de conhecimento da Saúde Coletiva.

As origens do campo da Saúde Coletiva são situadas por Nunes (1994) na década de 50 do século XX. No entanto, o termo Saúde Coletiva só vai aparecer no final da década de 1970 (Vieira-da-Silva et al., 2014), bem como a criação da associação que representaria o campo, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Segundo Schraiber (2015), a Saúde Coletiva é uma construção brasileira, pelo singular entrelaçamento do campo científico com a política no processo de redemocratização do Brasil durante o final da ditadura civil-militar, através da integração entre os movimentos da reforma sanitária e a reforma da medicina e da saúde pública. Esses movimentos se entrelaçam no princípio da integralidade em saúde que traz uma característica que será

fundamental no campo: a utilização de diversas disciplinas, desde a epidemiologia até as ciências sociais e a filosofia.

Por meio da distinção entre ‘projeto’ e ‘campo’, Nunes (1994) defende a emergência da Saúde Coletiva como constituída por três momentos distintos. Primeiramente a fase denominada pré Saúde Coletiva que durou os primeiros quinze anos da década de 1950 e tem como marca a instauração do projeto preventivista. O segundo período vai até o final da década de 1970 e é caracterizado pela medicina social. O último, a Saúde Coletiva propriamente dita, que emerge no final da década de 1970 e vai até, pelo menos, 1994.

1.3 A Saúde Coletiva em perspectiva epistemológica

Entendemos a Saúde Coletiva como um campo de conhecimento da maneira que Bourdieu o concebe: no compêndio de respostas a entrevistas e diálogos intitulado “Um convite à Sociologia Reflexiva” (Bourdieu; Wacquant, 2002), o autor define campo como uma rede ou uma configuração de relações objetivas entre posições. Estas posições podem ser identificadas materialmente e também em função das relações que guardam entre si (Castro, 2010). Os campos, assim descritos, são dinâmicos, contingenciais e em constante mudança, indicando a necessidade de serem pensados relacionalmente ou dialeticamente (Everett, 2002). O dinamismo que marca as estruturas do campo não se dá, porém, de forma aleatória, mas segue uma lógica própria, que vai determinar o seu funcionamento particular (Bourdieu; Wacquant, 2002).

A produção de conhecimentos e saberes sobre o objeto ‘saúde’ se dá através dessa dinâmica interativa entre suas diferentes disciplinas que investigam o objeto por ângulos diversos. Essas disciplinas não compõem o campo da Saúde Coletiva por uma contingência aleatória, mas fazem parte do repertório dos seus “fundadores”, ligados à reforma sanitária e ao nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Saúde Coletiva não parece se reconhecer como disciplina ou ciência autônoma, mas se

reconhece enquanto campo interdisciplinar de produção de conhecimento. Cabe observar que, mais recentemente, Vieira-da-Silva et al. (2014) ampliaram o sentido do que se entende por campo dentro da Saúde Coletiva: “[...] como conceito que designaria um espaço social mais amplo e complexo que uma simples área do conhecimento” (Vieira-da-Silva et al., 2014, p. 3).

A forte influência das ciências humanas na Saúde Coletiva apresenta-se na utilização de seus aportes e de suas temáticas que acabaram por construir novas teorias (Paim; Almeida Filho, 1998), a partir da utilização de metodologias típicas estabelecidas e utilizadas na antropologia (Couto, 2012), na economia (Viana et al., 2007), na história (Mota; Schraiber, 2011, 2013, 2014), na filosofia (Ayres, 2011; Pinheiro, 2014; Minayo; Guerriero, 2014) e na sociologia (Donnangelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1992; Gomes, 2010; Schraiber, 2011, 2014).

Este empreendimento de construção teórica, para além da reflexão acerca das práticas em saúde, tem produzido diversas contribuições em áreas científicas e tecnológicas como Epidemiologia Social (Barreto, 1990; Almeida Filho, 1992; Ayres, 1995, 1996) e Políticas de Saúde (Donnangelo, 1982; Schraiber, 1990; Paim, 1994). Será de suma importância para nós a vertente da Saúde Coletiva que se encaminha para as investigações acerca da formação da mão-de-obra na área da saúde, em especial da formação dos médicos (Schraiber, 1989), da relação entre esses trabalhadores e o processo de trabalho em saúde em um contexto capitalista (Mendes-Gonçalves, 1992). Além dos estudos que se detêm sobre o processo comunicativo em saúde (Deslandes, 2004b; Ayres, 2005), numa clara valorização da dimensão subjetiva das práticas, nas vivências de usuários e trabalhadores, e, também, na valorização dos saberes que extrapolem o corpo e as doenças tal qual a ciência moderna os constrói.

1.4 Mudanças nas práticas de saúde e as novas conformações do trabalho: uma temática nuclear no campo

As mudanças nas práticas em saúde vêm sendo estudadas a partir de diferentes perspectivas. Destacamos três delas: a dimensão das transformações históricas das instituições e das profissões em saúde (Gomes, 2010; Machado, 1996; Luz, 1991; Schraiber, 1993, 2008); a dimensão do ensino, dos saberes e das práticas médicas em face das mudanças e do estabelecimento de diferentes configurações tecnológicas (Peduzzi, 1998; Schraiber, 1989; Rios; Schraiber, 2012); e, por fim, a dimensão acerca das mudanças epistemológicas que subjazem às práticas em saúde e seus respectivos conteúdos normativos (Camargo Jr, 1990; Foucault, 2011; Ayres 1995; Castiel, 1999; Luz, 2007; Canguilhem, 2010; Almeida Filho, 2011).

No entanto, uma ideia bastante presente no senso comum é a concepção segundo a qual a medicina teria adquirido um caráter eminentemente científico somente na modernidade. Seguindo o pensamento desse tipo de concepção, todas as práticas médicas anteriores ao período moderno se constituiriam de ritos pré-científicos e ineficazes. Porém, as mais diferentes formas do cuidado – desde a antiguidade, a constituição da medicina grega, a idade média com seus físicos e cirurgiões-barbeiros, o médico da família na modernidade e o ultra-especialista contemporâneo – apresentam técnicas e saberes científicos próprios, fundamentalmente relacionados com as formas de organização social nas quais se constituíram. É inegável, de outro lado, o fato de que as técnicas e o instrumental que formaram a medicina moderna aumentaram a eficácia e eficiência dos tratamentos. A questão fundamental para a humanização é como a Modernidade cria uma hierarquização que valoriza todas as práticas instrumentais-tecnológicas, ao mesmo tempo em que rebaixa todo tipo de práticas anteriores ao período moderno. Nesse sentido, a imagem da prática médica reveste-se da tecnologia e dos medicamentos, enquanto o cuidado, essa função primeira e constituinte do saber e da prática médica, torna-se absolutamente secundário. A passagem da prática médica de caráter

eminentemente liberal rumo à, como chamou Schraiber (2008), medicina tecnológica, traz consigo justamente o signo da nova conformação da prática médica pautada na tecnologia e nos medicamentos.

1.4.1 Conformação da prática médica liberal no Brasil

A medicina de caráter liberal esteve presente no Brasil do período de 1890-1920. Entre os anos 1930 e 1960, começa-se a ver no Brasil elementos da medicina tecnológica (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993).

Durante o século XIX, as práticas curativas e do cuidado se deram através do trabalho, principalmente, de parteiras e de cirurgiões-barbeiros. Poucos médicos atuavam no Brasil, formados principalmente no exterior, cuja prática estava voltada a atender as elites locais. Com o rápido desenvolvimento da indústria nacional, foi necessário que se garantisse as condições mínimas de manutenção e reprodução da força de trabalho (Gomes, 2010) e, assim, criou-se a necessidade de uma estrutura de formação da classe médica. Dessa forma, no começo do século XX, temos concomitantemente à rápida expansão da indústria brasileira o nascimento e a ampliação das escolas médicas no Brasil. A industrialização levou ao crescimento das cidades e, dentro delas, da parcela da população com renda intermediária e alta, tal como comerciantes, profissionais liberais, funcionários públicos e industriais, que se tornaram os principais consumidores dos serviços médicos dentro das cidades no começo do século XX.

O pouco tempo de existência, no Brasil, da medicina liberal se deveu, primeiramente, à industrialização tardia. Outro fator que colaborou para esse processo foi, a partir de 1920, o começo da intervenção do Estado na prestação de serviços médicos, na forma de caixas de aposentadorias e pensões. Dessa forma, o Estado procurava expandir a prestação de serviços de medicina entre diferentes classes sociais. É o marco inicial do

empresariamento de serviços médicos, aspecto fundamental da conformação contemporânea da prestação de serviços de saúde.

Além da medicina liberal e dos primeiros trabalhos empresariados pelo Estado, Schraiber (2008) destaca ainda o formato filantrópico, principalmente através das Santas Casas, como outra modalidade de trabalho. Esta foi uma modalidade bastante importante para os médicos recém-formados já que, através dela, conseguiam adquirir experiência prática com pessoas que não tinham condições de pagar pelo serviço. Além disso, como destaca Gomes (2010, p. 44), as formas filantrópicas de assistência

contribuíram para forjar na consciência desses agentes a representação da medicina pública como de caráter essencialmente caritativo, fazendo com que tal relação de trabalho não fosse identificada como antagônica à prática liberal.

Assim, os médicos conseguiam trabalhar de forma filantrópica em um período do dia e no outro tinham seu consultório que funcionava na forma de atividade profissional de cunho liberal. Vê-se assim que o trabalho liberal 'puro' praticamente inexistiu no Brasil. Mais comuns foram formas mistas em que o profissional trabalhava, concomitantemente, de maneira liberal, assalariada pelo Estado e nas instituições filantrópicas de saúde (Schraiber, 1993).

1.4.2 Conformação da medicina tecnológica

Os anos de 1930 a 1960 são identificados como de transição (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993) no que se refere à organização da prestação de serviços médicos e, também, da própria prática médica no Brasil. Temos, dentro desse período, mudanças substanciais no que concerne ao trabalho em medicina, em suas dimensões essenciais: o trabalhador, os meios de produção do trabalho e a dimensão do próprio processo produtivo.

No que diz respeito ao trabalhador, pode-se presenciar a superação da forma do trabalho médico mais próxima do artesanato – a saber, aquela do produtor individual, executor dos processos de trabalho de maneira integral – rumo às especialidades e à incorporação de outros profissionais, definidos como paramédicos na visão de Freidson (2009), dentro do novo processo de produção de saúde, agora caracterizado como parcelar no interior de uma divisão técnica do trabalho.

Na dimensão dos meios de produção do trabalho, assistimos à tendência geral de um grande desenvolvimento tecnológico-científico em meados do século XX, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, que traz consigo novas técnicas, fármacos, saberes e equipamentos, que alteram significativamente o trabalho em saúde.

Na dimensão da organização do processo de produção, a tendência é o parcelamento do processo de trabalho em saúde, com múltiplos agentes de especialidades profissionais distintas sob um comando gerencial único, tanto enquanto gerência de um serviço de saúde, quanto de uma relação de exploração capitalista do trabalho através de uma empresa de planos de saúde, do hospital ou de qualquer outro tipo de serviço privado.

No estudo sobre as mudanças do trabalho na prática médica, Schraiber (2008) mostra como os avanços no campo da tecnologia biomédica e da indústria farmacêutica, introduzidas no Brasil durante o século XX, mudaram substancialmente o lugar social do trabalho do médico na sociedade brasileira. Se, por um lado, o desenvolvimento destas tecnologias aumentou inegavelmente a eficácia do trabalho em saúde, por outro lado, as demandas por aparelhos cada vez mais sofisticados (e caros) dentro do consultório acabaram por conduzir a categoria médica da prática de trabalho liberal ao assalariamento através do empresariamento da assistência. Ao mesmo tempo em que a categoria foi se tornando assalariada, foram surgindo os postos que pagam pelo seu trabalho: hospitais particulares, convênios médicos e a consolidação de um sistema de saúde pública organizado.

A mudança da maneira como se produz saúde no Brasil não é um aspecto muito abordado nas publicações sobre humanização dentro do campo da Saúde Coletiva¹, mas não é, de forma alguma, um aspecto extrínseco à humanização. Como mostraremos, a mudança no trabalho em saúde é fundamental para se compreender o contexto no qual surge a bandeira pela humanização dos serviços.

1.4.3 A crise dos vínculos de confiança e a alienação no trabalho: aproximação da questão da desumanização / humanização

Na medicina tecnológica, embora o médico ainda mantenha o monopólio técnico sobre o seu trabalho, acontecem mudanças no que concerne a autonomia da execução do trabalho médico: o paciente não é mais “seu” paciente, mas o paciente do hospital ou da clínica, na medida em que o paciente é atendido pelo médico que está no posto de trabalho na hora da sua chegada ou é atendido por aquele que constar na lista de seu convênio. Por outro lado, o médico atende o paciente que surgir durante a sua jornada de trabalho, abrindo a possibilidade de acompanhá-lo somente para aquele problema específico e pontual, acentuando-se a lógica de tratar-se a doença no lugar do doente. O depoimento de um médico colhido e analisado por Schraiber (2008, p. 125-6) ilustra essa questão:

Houve uma época em que as pessoas escolhiam os médicos muito por uma questão da confiança num bom médico, e seria muito difícil ela sair daquele da confiança, perder a confiança, e perguntar para outro, voltar para ele para operar. O sistema da confiança ficou um pouco... abalado. [...] Por exemplo, eu não podia atender naquele dia por alguma intercorrência e as pessoas pediam para ser atendidas por um outro médico, que pudesse atendê-las nesse dia. Então, em vez de passar pelo médico x, passa pelo médico y, e acabou; não faz diferença nenhuma. É passar no médico, e pronto. Tanto faz um como outro...

¹ A tese de Rogério Gomes (2010) “Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde” é um texto fundamental sobre o assunto.

Essas mudanças alteram significativamente a relação entre médico e paciente (em especial o que se denomina “encontro clínico”), transformando-a em uma relação entre trabalhador da saúde e usuário do serviço. O médico, então, passa a ser facilmente substituível por outro. O usuário passa a ser acompanhado por inúmeros médicos diferentes, ao mesmo tempo em que o médico passa a fazer parte da engrenagem do parcelamento de trabalho na assistência. O conjunto das mudanças no que concerne a relação entre esses dois agentes sociais, médico e paciente, foi conceituada por Schraiber (2008) como “crise dos vínculos de confiança”.

A mudança no regime de trabalho, inicialmente conformado como trabalho liberal e agora como trabalho assalariado, acarreta importantes alterações nos vínculos estabelecidos. Embora a medicina seja uma prática baseada em interações e na confiança mútua entre médicos e pacientes, já que é preciso aproximar-se do doente, conhecê-lo e conquistá-lo para abrir a possibilidade de se propor uma intervenção adequada (Schraiber, 2008), as mudanças nos processos de trabalho e reiteradas pela gestão desse trabalho encerram uma prática baseada na aplicação de conhecimentos através de rotinas de procedimentos constantes, com o mínimo de intervenções pessoais, cujo objetivo é constituir uma série de intervenções uniformes. O desenvolvimento tecnológico, aliado à institucionalização do trabalho, produz instrumentos que buscam extrair o controle sobre o processo de trabalho dos seus produtores diretos. Nesse sentido, as mudanças no trabalho fabril com o advento do maquinário industrial já são bastante conhecidas e estudadas, no que concerne a gestão do tempo e ritmo de produção, nos quais o controle sobre o trabalho é feito pela máquina e não pelo produtor.

No caso do trabalho em saúde, em função das particularidades de seu objeto, a subsunção do trabalho atinge graus muito menores do que no caso industrial (Schraiber, 1993; Ribeiro, 1995, 1999; Gomes, 2010). Se, por um lado, o trabalho em saúde é aplicação de conhecimento cientificamente produzido que se desdobra em técnicas e maquinário que, teoricamente, são universalmente aplicáveis, por outro lado, esse trabalho também depende da

capacidade do agente em traduzir no caso singular a universalidade do conhecimento. O trabalho em saúde se detém sobre aquilo que é, ao mesmo tempo, sujeito (singular) e objeto (exemplo do universal), materializado na figura do paciente. Esta tradução do conhecimento universal no caso particular traz consigo uma indeterminação essencial que impede a homogeneização completa de processos mecanizados de trabalho. Um destes aspectos que escapam da plena determinação, prescrição e planejamento é justamente a dinâmica de constituição de vínculos, dado o encontro singular de subjetividades entre médico e paciente. Assim, uma dimensão importante da chamada “crise dos vínculos” é a indeterminação essencial conformadora do encontro clínico, elemento impeditivo da subsunção real do trabalho em saúde às rotinas prescritas que buscam a eficiência do trabalho em série produtiva, a partir de uma prática uniformizada que se aproxima daquela existente no trabalho mecanizado (Ribeiro, 1999).

A impossibilidade do controle absoluto sobre a intervenção faz com que a produção em saúde só seja completa e bem-sucedida quando se insere a figura do paciente nos processos de diagnóstico e de decisão sobre a terapêutica mais apropriada. Essa inserção enriquece o espaço da clínica com o contexto sócio-cultural e econômico que aquele sujeito vivencia, bem como com o seu saber acerca de seu próprio corpo e adoecimento. O profissional passa, assim, a ter que adequar a técnica às singularidades do caso. Essas singularidades, de caráter tanto orgânico quanto sociais, impossibilitam a medicina de configurar-se como mera aplicação de rotinas e procedimentos pré-definidos e, portanto, aspectos éticos são substanciais ao ato técnico, conformando o que Schraiber (1997) chamou de uma técnica moral dependente. Nesta mesma linha de raciocínio, Ayres (2009), denominará ‘êxito técnico’ aquela parte da intervenção que trata de um uso adequado, do ponto de vista estritamente científico, da técnica e da tecnologia. Mas para definir o ‘cuidado’ o autor preconiza que, ao êxito técnico, há que se conjugar o ‘sucesso prático’, que denomina a inclusão no espaço da clínica não só da subjetividade, da

história e dos saberes do paciente, como também de toda sorte de saberes não-científicos. Isto é, saberes práticos tais como a própria experiência pregressa do médico, pois que não foram cientificamente produzidos por meio do uso de método. Assim, a conformação do cuidado exige a inclusão de uma série de saberes não-científicos que justamente individualizam o caso clínico e o afastam de uma aplicação mecânica de protocolos de saúde cientificamente fundamentados. Esses protocolos e prescrições científicas, contemporaneamente, parecem querer tomar o protagonismo da relação clínica, tornando a figura do médico um mero aplicador de conhecimentos e despiando o paciente de sua subjetividade, sobrando somente o seu corpo para que a intervenção se realize.

1.5 Saúde Coletiva e Filosofia

A filosofia participa das discussões no campo da Saúde Coletiva desde o seu início – seja através de aportes epistemológicos para as ciências da vida (Minayo, 1992; Ayres, 1996, 2005; Minayo; Deslandes, 2013), seja na introdução de reflexões de cunho filosófico na qualidade de pano de fundo sobre o qual se pensa questões relevantes da área (Castiel, 1999; Ayres, 1996, 1997; Machado, 1981). O uso de autores da filosofia dentro da Saúde Coletiva tem como objetivo recolocar as questões pertinentes da área através da utilização de conceitos filosóficos que possibilitem o surgimento de novas perspectivas acerca dessas mesmas questões. Nesse sentido, o presente trabalho pretende ser uma contribuição ao movimento que busca compreender a humanização dos serviços de saúde através de um aporte filosófico político até então menos explorado no âmbito da Saúde Coletiva: o percurso intelectual de Hannah Arendt². O pensamento arendtiano nos fornece um importante subsídio no que diz respeito à reflexão acerca das questões da Modernidade, da relação entre homem e tecnologia, moral e ética e da própria condição humana.

² O referencial teórico de Hannah Arendt aparece em poucas produções do campo, como: Pinheiro e Silva (2014), Stelet (2013), Azeredo e Schraiber (2016).

Nosso olhar sobre a problemática da humanização se contextualiza, como apresentado, por produções críticas relativas à estruturação e ao gerenciamento dos serviços de saúde dentro da sociedade capitalista, o que significa que não creditamos a violência sofrida pelos usuários do sistema de saúde brasileiro à indisposição individual (ou psicológica) dos trabalhadores, mas que nos debruçamos sobre esta questão, por um lado, a partir da estruturação do trabalho e dos serviços médicos, no contexto brasileiro do século XX, no que diz respeito às suas determinações e limitações, e, por outro lado, apoiados no pensamento político de Hannah Arendt.

CAPÍTULO 2. A pesquisa empírica: desenho, metodologia, resultados

2.1 Do objeto e da metodologia

2.1.1 A temática desumanização/humanização

O histórico apresentado acerca da origem do termo humanização serve para situarmos a complexidade do objeto de pesquisa – considerar humanização enquanto movimento social difere em muito de considerá-la como política pública.

Ainda enquanto política de Estado, Deslandes (2004a) afirma, em um estudo que analisa o discurso do Ministério da Saúde sobre a proposta de humanização na assistência à saúde, que o termo humanização, como tem sido empregado, carece de uma definição mais clara e tem significado um amplo conjunto de iniciativas que abrange. Concordamos com essa interpretação de Deslandes (2004a) e é justamente sobre a falta de clareza acerca do conceito de humanização que está a “razão de ser” do nosso objeto de pesquisa.

Assim, buscamos capturar dentro da produção selecionada do campo da Saúde Coletiva de que maneira os autores conceituam e refletem sobre a humanização, pois acreditamos que a multiplicidade conceitual do termo, aliada ao alargamento da política de humanização, seja a causa do entendimento da humanização como um jargão. Contemporaneamente, se adjetiva uma série de atividades da área da saúde como “humanizado/a”. Fala-se de parto humanizado, atenção humanizada, clínica humanizada... Mas a que isso de fato se refere? Essa nossa indagação quer valorizar ‘o que é’ uma prática humanizada para esses estudos, antes que processos relativos a ‘como se daria’ tal prática humanizada. E dentro dessa questão, qual prática clínica precisa ser modificada? Do que se constitui a nova proposta?

Como examinaremos adiante, grande parte das publicações acerca da humanização mostram preocupação com o que fazer diante de práticas

que teriam se tornado críticas em termos assistenciais. Esses estudos têm grande interesse nas práticas e buscam, de forma geral, instaurar, com o objetivo de instruir novos procedimentos, recomendações técnicas de realização das intervenções, mudando-lhes o modo de operar no processo de trabalho. Essas instruções vamos definir, conforme Mendes-Gonçalves (1994) o fez, inspirado no referencial marxista acerca dos processos de trabalho, como novos saberes operatórios ou saberes tecnológicos. De uma perspectiva pragmática, em acordo com o caráter estrutural aqui já apontado para as práticas de saúde, esses procedimentos visam combater os problemas sobre os quais a humanização se detém.

Aqui ao menos três ordens de questões devem ser consideradas. Uma primeira seria distinguir a ideia – e o conceito correlato – de humanização do conceito filosófico de humanismo. Enquanto o conceito de humanismo possui suas origens no Renascimento, a ideia de humanização nasce somente no século XX, e desde sua origem carrega o sentido de uma ação (intervenção), para tornar algo mais conectado às questões do humano.

Outra questão que se coloca é que, como a humanização se conecta a uma gama muito extensa e heterogênea de problemas, esses procedimentos buscados como possíveis soluções acabam sendo desvinculados de referências que lhes seriam socialmente específicas nas práticas de saúde. Dessa maneira, acabam tornados a si, e ao conceito de humanização que carregam, vazios de significado próprio enquanto problemas do social. Em outros termos, tornados um universal genérico, perdem as especificidades enquanto problemáticas particulares dentro das práticas de saúde. Nesse sentido, entendemos que não se deve tomar a humanização como qualificativo das práticas de saúde em geral, mas sempre como situadas e contingentes ao tipo de problema ou questão abordada.

Por fim, uma terceira questão a se considerar, bastante próxima a anterior, será a de um desenraizamento histórico, como se, ao se tratar de problemáticas do 'humano', a perspectiva de uma humanização sempre

houvesse existido, mesmo que com distintos significados. Nesse sentido há uma radical diferença entre 'humanização' e 'humano', diferença essa que muitos dos que tratam da humanização parecem não fazer.

De fato, nas publicações examinadas como base empírica do presente estudo, como veremos, é bastante frequente o apagamento das especificidades históricas e mesmo sociais. Isso pode ser observado quando, por exemplo, se afirma que o conceito de humanização não seria datado, mas um universal apenas modulado ao longo do tempo:

A humanização é um conceito polissêmico, dinâmico, que muda de acordo com a sociedade, a cultura, o momento histórico, as necessidades individuais e coletivas, portanto, não se limita a única definição ou encerramento categórico (Gomes et al., 2011; grifos nossos).

Os autores aqui tratam da humanização, mas talvez pretendessem tratar do 'humanismo' ou até do conceito de 'humano', pois estão se referindo a uma polissemia atribuída às mudanças históricas, como se houvesse uma humanização (e nesse sentido uma proposta de agir) desde a existência do humano.

Entendemos que a importância do nosso objeto de pesquisa é ligar o conceito a seus referentes, quando de sua utilização em outros contextos para além daqueles em que foi formulado. Assim, o uso de humanização, como conceito e categoria analítica em diversos tipos de estudo, não deve esvaziá-la de seus referentes históricos e sociais. Esse esvaziamento seria usar o termo humanização apenas como uma qualificação, um aspecto circunstancial de um evento, e não enquanto a própria substância do evento. Isso representaria valer-se da humanização como um adjetivo-jargão, o que deslocaria a problemática para ajustes periféricos (circunstanciais) das condições em que o trabalho se realiza, ao invés de apontá-la como constituinte estrutural contemporâneo do processo de trabalho e da organização dos serviços. Tal deslocamento parece tornar estéril a discussão (e a política) que se debruça sobre temas tão fundamentais para o atual estado do sistema de saúde brasileiro.

Além disso, afirmando o caráter sócio-filosófico e interdisciplinar do presente estudo, propomos um diálogo epistemológico visando à aproximação de categorias da filosofia política de Hannah Arendt com a Saúde Coletiva, buscando oferecer elementos coerentes que contribuam para as discussões atuais nesse âmbito, principalmente nos debates acerca da chamada humanização e das políticas de humanização em saúde.

Por isso, fez-se necessário escolher, dentro do percurso intelectual de Hannah Arendt, os conceitos, que serão apresentados e aprofundados no capítulo 3, que nos auxiliem no estabelecimento de uma chave de leitura adequada para analisar, por um lado, as transformações do trabalho em saúde a partir de sua institucionalização na Modernidade e da consequente divisão técnica do trabalho na dimensão da relação entre administradores e administrados, e, por outro lado, a relação entre as instituições de saúde e seus usuários. Os conceitos eleitos, por razões tanto ligadas aos temas mais debatidos na base empírica deste nosso estudo, quanto pelas questões apontadas por nossos referenciais teóricos, foram os de: autoridade, crise, poder, tradição e violência.

2.1.2 Desenho geral e produção de dados

O presente estudo pretende ser uma contribuição teórico-conceitual cuja base empírica é a análise documental. Os documentos constituem-se de dois ramos de produção: documentos oficiais da Política Nacional de Humanização (PNH) e estudos e pesquisas empíricas que foram publicados e são aqui considerados como produções textuais significativas no tema da desumanização/humanização em saúde.

Para tal, realizou-se um levantamento dos documentos oficiais no site do Ministério da Saúde, e outro levantamento de artigos e teses, doravante denominados ‘publicações científicas’, nas bases de dados LILACS e SCIELO, nas quais se buscou a produção bibliográfica da Saúde Coletiva com a palavra-chave “serviço de saúde” em cruzamento com os termos “violência”, “humanização” e “desumanização”; e a palavra-chave “trabalho

em saúde” igualmente com os termos “violência”, “humanização” e “desumanização”. Além desses, buscou-se o termo “encontro clínico” em separado.

Em seguida, essas publicações científicas foram selecionadas segundo os seguintes critérios: com o termo “violência” escolhemos artigos que privilegiassem uma abordagem da relação do profissional de saúde com o usuário e das relações entre os profissionais de saúde. Portanto, buscamos as produções que versam sobre situações de violência envolvendo profissionais, e não aquelas que usuários possam ter sofrido na comunidade, domesticamente, tampouco as produções que estudam situações nas quais os usuários são violentos com os profissionais. Com os termos “humanização” e “desumanização” procuramos aquelas publicações que pensassem as práticas nos serviços e não a formação de profissionais. Sob o termo “encontro clínico” procuramos publicações que enfocassem o encontro entre profissionais e pacientes – ou usuários dos serviços de saúde – como prática e não como matéria de ensino de futuros profissionais de saúde. Por fim, eliminamos as duplicações em cada unitermo e em ambas as bases indexadas.

2.1.3 Análise dos documentos oficiais e das publicações científicas: notas sobre a hermenêutica

Em razão do tema, a natureza de nosso estudo é interdisciplinar, como passaremos a fundamentar. O campo da Saúde é uma interseção entre as Ciências Humanas e as Ciências da Natureza, visto que lida tanto com aspectos da subjetividade humana e com dinâmicas sociais como com aspectos fisio e anatomopatológicos.

Paul Ricoeur (1989) afirma que o filósofo Wilhelm Dilthey nos coloca um problema inicial: enquanto as Ciências da Natureza estariam organizadas em torno de leis gerais cujo funcionamento dar-se-ia sob a dinâmica funcional entre causas e efeitos – e, portanto, o conhecimento produzido poderia ser colocado como a apresentação de um dado

fenômeno, que é explicado nos termos dessas leis –, essa metodologia não seria adequada à produção de conhecimento em Ciências Humanas. Estas se ocupariam não da busca de leis gerais do funcionamento do homem e da sociedade, mas de visões de mundo, de intenções e, principalmente, de sentidos. Este conjunto está condensado em construções conceituais que são elaboradas no interior do campo científico.

No entanto, a crítica da filosofia de Dilthey, exposta nas conferências de 1958 por Gadamer (2003), coloca o empreendimento de Dilthey como a tentativa de encontrar um novo fundamento epistemológico para as ciências do espírito: se as ciências naturais se fundamentam no imperativo kantiano da crítica da razão pura (Kant, 1980), as ciências do espírito deveriam se ancorar na crítica da razão histórica. Embora Gadamer reconheça a tomada da consciência histórica como um aspecto fundamental das ciências humanas na Modernidade, o autor radicaliza a questão epistemológica, colocando as diferenças entre ciências humanas e naturais não apenas na questão metodológica, mas em relação ao posicionamento do sujeito do conhecimento. Gadamer engendra uma crítica ao método cartesiano, expondo que o exclusivo uso da razão, a partir da exclusão da tradição e da autoridade, ofusca formas alternativas de abordar a verdade, além de não alcançar as certezas “claras e evidentes” que o programa da modernidade prescreve. Gadamer, seguindo Heidegger, rejeita a verdade como adequação, como se tivéssemos a possibilidade de alcançar uma correspondência entre a percepção humana do objeto que se quer conhecer e a maneira que o objeto é em si mesmo. Tal correspondência só poderia ser obtida por uma razão que estivesse para além dos contextos históricos e sociais, pensando o mundo a partir de um ponto arquimediano externo.

A crítica gadameriana acerca da impossibilidade de obtenção de certezas claras e evidentes ancora-se na visão do autor sobre a linguagem. Essa tem inseparável ligação com a tradição: o uso das palavras necessariamente ressoa os significados que tiveram no passado, mesmo sendo operativas no presente com novos conteúdos. Dessa maneira, o próprio racional só pode ser entendido a partir dos parâmetros da tradição e

nunca fora deles, como se habitasse um lócus neutro e isento. Portanto, o próprio sujeito que observa é histórico e contextual, impossibilitado de uma apreensão neutra e direta do mundo. Todo conhecimento é interpretação e é impossível apreender-se os objetos do mundo como eles são, pois novos contextos geram, necessariamente, novas interpretações. É nesse sentido que o projeto da hermenêutica filosófica não constitui um método de interpretação específico, mas um modelo para o próprio entendimento. O conhecimento da hermenêutica filosófica não visa buscar repetições constantes, verificáveis e previsíveis do empirismo, mas justamente o seu contrário: aquilo que é único, aquilo que é experimentado fora do comum. Assim, para Gadamer (1997), conhecemos o mundo não através de um método, mas através de um horizonte, já que a aquisição de linguagem e o processo de aculturação constituem uma perspectiva do mundo através da qual o enxergamos. A hermenêutica gadameriana (1997) não desenvolve um conjunto de regras universais para a condução das ciências do espírito, mas busca apoiar-se sobre as reflexões acerca da experiência estética para pensar o que é produzir conhecimento em ciências humanas.

Entendendo que a experiência da obra de arte sempre ultrapassa o horizonte interpretativo daquele que recebe a obra, ou seja, que em toda interpretação existe um solo de desconhecimento fundamental, nenhum discurso acerca de uma obra de arte pode ser a experiência estética da mesma obra, assim como nenhuma interpretação histórica pode abarcar a verdade de uma época. A partir daí, a interpretação se dá através da “fusão de horizontes” (Gadamer, 1997), entre o horizonte do leitor e o horizonte do texto. Ao invés de uma hipotética impossibilidade de contato entre o horizonte do presente e do passado, entre diferentes culturas ou diferentes pessoas, Gadamer (1997) acredita na possibilidade da fusão dos horizontes como o próprio entendimento. Portanto, não há uma interpretação correta e universal de um texto, por exemplo. A experiência do novo e do único da interpretação tem dependência do contexto histórico-cultural do leitor e do texto. Nessa perspectiva, a verdade não se adequa, mas se revela. É única, mas nunca universal. Assim, a singularidade do objeto nunca pode ser

totalmente contemplada pelo discurso, abrindo sempre espaço para reinterpretações a partir de novas perspectivas.

A hermenêutica gadameriana se apresenta como o caminho mais adequado para a realização da presente pesquisa, pois ela nos permite refletir sobre a interseção entre ciências humanas e naturais dentro da história. Assim, em nossa pesquisa, através de levantamento bibliográfico, leitura e interpretação de textos, principalmente daqueles que versam sobre os conceitos arendtianos de autoridade, de crise, de poder, de tradição e de violência, buscaremos o horizonte que nos servirá de amparo para a análise e interpretação das produções textuais significativas do campo da Saúde Coletiva sobre a humanização, na qualidade de questão geral e de política pública. Reafirmamos que nosso caminho não busca novas verdades ou leis de funcionamento, tampouco a comprovação de inverdades em outras interpretações sobre o mesmo objeto, mas novas interpretações e sentidos para o fenômeno sob o qual repousa o nosso objeto de pesquisa. Nosso fim, portanto, é enriquecer o debate com aqueles que buscam produzir conhecimento no campo da Saúde Coletiva.

2.1.4 Ética da pesquisa

O projeto concernente a essa pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, sob o parecer n. 238/14, de 23/07/2014.

2.2 Os documentos oficiais

2.2.1 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi um programa da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde brasileiro, com duração de 2000 até 2002. Ele

antecede e de alguma forma lança os pilares da constituição da Política Nacional de Humanização (PNH). O programa propunha um conjunto de ações integradas que visavam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi apresentado em Brasília, no dia 24 de maio de 2000, para convidados que representavam variadas instâncias da área da saúde, tais como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para dirigentes de Hospitais e de Universidades, para representantes dos usuários, de Conselhos de Saúde e de Conselhos de Classe. Com a aprovação do Programa pelo Ministro da Saúde, o Comitê escolheu um grupo de profissionais de reconhecida capacidade técnica para desenvolver o projeto piloto (Brasil, 2007).

A primeira etapa deste programa foi a realização de um projeto piloto, implementado em dez hospitais, que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão, distribuídos em várias regiões do Brasil, com diferentes realidades socioculturais.

O texto do PNHAH é iniciado com o diagnóstico de que, na avaliação do público, a forma de atendimento dos profissionais de saúde é mais valorizada do que outros fatores, como a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos e de médicos (MS, 2000).

Destarte, o programa já mostra que tratará fundamentalmente a humanização como uma proposta de modificação das relações entre os diferentes atores dentro do serviço de saúde, buscando “promover uma nova cultura de atendimento à saúde” (MS, 2000). Mas que cultura seria esta cujo programa procura substituir? Embora não explicita qual é essa cultura e nem como ela surgiu, o texto do programa traz o atendimento humanizado como proposta de contraponto aos maus tratos que os usuários sofrem nos hospitais. Assim, em uma primeira exposição sobre o significado de humanização dentro do programa, esta aparece como o oposto dos maus tratos: um atendimento humanizado parece ser aquele que respeita os direitos fundamentais e básicos dos cidadãos.

Em seguida, o programa expõe o segundo significado para humanização, ligado à necessidade de melhoria dos serviços prestados. A humanização é entendida aqui como “capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com um relacionamento” (MS, 2000). A PNHAH diagnostica que a ênfase na alta tecnologia em saúde não é condição única para um atendimento de qualidade:

as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (MS, 2000).

Assim, a PNHAH aposta na articulação entre cuidado e tecnologia para a melhoria do atendimento em saúde.

O terceiro significado que o texto da PNHAH apresenta é o de humanização como melhorias nas condições de trabalho do cuidador. De um lado, o texto descreve ações que estariam comprometidas com a melhoria das condições de infraestrutura do trabalho, como instalações físicas e renovação de equipamentos. De outro lado, diagnostica problemas como a deficiência do diálogo e questões comunicacionais entre trabalhadores e usuários, e entre trabalhadores e gestores. Aposta, assim, que “cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis” (MS, 2000), repercute de forma positiva na qualidade do atendimento prestado.

Desse modo, o PNHAH mostra os seus três focos de atuação: o respeito aos direitos dos cidadãos nos serviços de saúde, uma boa interação entre trabalhador e tecnologia, e o cuidado com os próprios trabalhadores. O programa não diagnostica qual a origem dos problemas que visa combater e apresenta soluções bastante genéricas do tipo “cuidar dos próprios profissionais” (MS, 2000).

2.2.2 A Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) nasceu em 2003 como um desdobramento da PNHAH. A PNHAH tinha se constituído como um programa específico para a modificação da gestão e dos relacionamentos dentro dos hospitais, passando, com a PNH, a compreender a humanização como objeto de política que vai atuar, agora, sobre todos os níveis de atenção do SUS (Pasche et al., 2011). A construção de “programas de humanização” (do parto, da saúde da criança, da assistência hospitalar, etc.) estava na contramão da tendência de organização do SUS de caminhar cada vez mais na direção da corresponsabilização dos sujeitos usuários e trabalhadores na formulação e na implementação de práticas de saúde.

O texto da política reconhece os avanços do sistema nas últimas décadas, tais como: descentralização, ampliação da cobertura e integralidade da atenção. Coloca, no entanto, os desafios do presente para o SUS que serão objetos de intervenção da PNH:

- *Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;*
- *Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;*
- *Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;*
- *Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;*
- *Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;*
- *Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;*
- *Desrespeito aos direitos dos usuários;*
- *Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;*
- *Frágil controle social dos processos de atenção e gestão do SUS;*

- *Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta* (Brasil, 2006, p. 13-14).

Vê-se nos pontos destacados os objetos sobre os quais a política buscará atuar. A cultura que a política busca modificar é a de desrespeito aos usuários, burocrática e verticalizada, fragmentada, tanto do ponto de vista do relacionamento entre os profissionais, quanto dos diferentes níveis de atenção. Parece, em um primeiro momento, que essas questões são as primeiras consequências negativas da grande ampliação da cobertura que aconteceu nas últimas décadas. O princípio de descentralização do SUS é bastante criticado na sua implementação e efetividade: a PNH nos apresenta um SUS burocrático, fragmentado e ainda muito verticalizado. A política aposta em um modelo de gestão que incluiria tanto trabalhadores quanto usuários nos processos decisórios.

O corpo de trabalhadores é apresentado como constituído de uma formação precária e insuficiente, tanto para composição do trabalho em equipe, quanto para lidar com a dimensão subjetiva da atenção. Além disso, a política acredita que o problema da baixa adesão às políticas de co-gestão também são problemas educacionais.

Os usuários aparecem desrespeitados nos seus direitos e tolhidos da participação na gestão dos serviços, por conta da falta de dispositivos que fomentariam a co-gestão.

Após este diagnóstico, chegamos ao entendimento do texto sobre o significado da humanização:

- *Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;*
- *Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;*
- *Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;*
- *Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;*
- *Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;*
- *Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos; a produção de saúde e o próprio processo de trabalho*

em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;

- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e atendimento (Brasil, 2006, p. 14-15).

O texto não é preciso nem claro sobre o significado de humanização e retoma os pontos levantados de um ideal de funcionamento que já se faziam presentes na PNHAH. Chama a atenção que o diagnóstico é feito como uma fotografia do funcionamento do SUS, em que não são apresentadas hipóteses históricas de como o desenvolvimento de um sistema de saúde pôde chegar a um estágio no qual os direitos dos usuários e trabalhadores são desrespeitados.

Por outro lado, é importante ressaltar que a PNH reafirma a participação de cidadãos e trabalhadores através da co-gestão como caminho único e fundamental para a melhoria do sistema de saúde pública, em um contexto no qual a nossa jovem democracia começa a enfrentar sérios problemas em relação à noção de representação.

2.3 As publicações científicas

2.3.1 Os recortes na abordagem da humanização

O quadro abaixo sistematiza o volume inicialmente encontrado de publicações em cada base e o número total selecionado, tendo em vista os critérios antes mencionados.

Quadro 1. Número de publicações levantadas e selecionadas por base de indexação - São Paulo - 2016

	Nº de artigos levantados	Nº de artigos selecionados
Scielo	988	61
Lilacs	2876	37

Um primeiro exame realizado sobre essas 98 publicações selecionadas buscou classificá-las segundo a abordagem realizada em termos de qual recorte das práticas de saúde foi tomado para problematizar a humanização. A própria literatura a respeito do tema (Deslandes, 2006; Backes et al., 2006) nos indica a existência de uma multiplicidade de dimensões que seriam consideradas as substantivas para a humanização e, por isso também, uma multiplicidade de definições de humanização. Assim, a nossa classificação busca separar e ordenar as publicações segundo a definição de humanização que cada qual adotou. Quatro distintas abordagens se apresentaram nesse primeiro exame, mostrando a tomada da humanização como: 1. Crítica do tecnicismo contemporâneo na área da saúde; 2. Transformação da relação estabelecida entre profissional e usuário; 3. Mudança na gestão do trabalho; 4. Projeto de educação permanente para os trabalhadores.

Essas quatro abordagens foram agrupadas, para fins de nossa análise, em duas situações polares a partir do recorte da prática de saúde adotado: as duas primeiras constituíram situações de 'gestão'; as duas últimas situações da relação profissional-usuário dos serviços de saúde (RPU). Dessa forma, discriminamos se o artigo apresenta a humanização como uma questão fundamentalmente gerencial ou se a aborda dentro da relação clínica. Ou seja, se aborda a humanização através do exame da hierarquia do trabalho, da organização do serviço e do trabalho seccionado ou se aborda a humanização dentro do interior do processo de trabalho, através da interação que é estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente/usuário. Assim, o segundo quadro mostra que a produção do campo acerca da humanização se concentra em torno de aspectos gerenciais (70%): são estudos que pautam propostas, críticas e denúncias sobre o funcionamento dos serviços, sua organização e sua hierarquia interna, em termos das posições dos agentes da prática ou dos profissionais na estrutura de produção assistencial, assim como pautam os protocolos de atendimento e as condições de trabalho. Menos comuns (30%) são os estudos que analisam a humanização na relação entre médico-paciente, ou

mais genericamente, a relação entre profissional-usuários, seja no seu aspecto técnico, no tempo de consulta, seja na disponibilidade dos profissionais e na qualidade do atendimento. Além disso, o segundo quadro mostra o aumento significativo no número de artigos selecionados com o termo “humanização” dentro do período de 2003 até 2014:

Quadro 2. Distribuição das publicações científicas por período de tempo, unitermos de origem e recorte da prática adotado - São Paulo - 2016

	Humanização		Desumanização		Violência		Encontro Clínico		Total
	RPU	Gerencial	RPU	Gerencial	RPU	Gerencial	RPU	Gerencial	
1997-2002	-	2	-	-	-	1	1	-	4
2003-2008	7	11	2	3	1	3	-	-	29
2009-2014	12	33	2	4	1	11	3	1	67
Total	19	46	4	7	2	15	4	1	98

2.3.2 Os aspectos metodológicos das publicações

Tomadas as publicações na qualidade de produto de pesquisas científicas, interessou-nos observar se o seu desenho metodológico é empírico ou ensaio teórico; se os dados utilizados são de natureza primária ou secundária; qual foi a técnica de produção desses dados; e qual a população estudada.

Entre as publicações que utilizam um desenho metodológico empírico, separamos aquelas em que foram utilizados dados primários como entrevistas, grupos focais, questionários, pesquisa-ação, observação, relatos de experiência e etnografia, e aquelas que utilizaram dados secundários. Estas últimas foram trabalhos que utilizaram revisões bibliográficas. O quadro 3 mostra que a produção selecionada do campo da Saúde Coletiva sobre humanização utiliza predominantemente um modelo empírico de desenho metodológico. 71% dos artigos selecionados se apoiam em uma metodologia que leva em conta entrevistas, relatos de experiência, grupos focais, questionários, etnografia, observações ou mesmo revisões

bibliográficas. Somente 29% dos artigos selecionados abordam o tema da humanização como ensaios puramente teóricos. Ressalte-se que, dentre os artigos empíricos, 79% utilizam dados primários e 21% dados secundários.

Quadro 3. Número e porcentagem de artigos selecionados e discriminados segundo seu desenho metodológico e natureza dos dados - São Paulo - 2016

Desenho Metodológico		
Empírico	Dados Primários	55
	Dados Secundários	15
Ensaio Teórico		28

O quarto quadro mostra o recorte somente dos dados primários, agora apresentados segundo a técnica de produção destes mesmos dados. A entrevista (65%) é a técnica mais largamente utilizada no campo. A segunda técnica mais utilizada é a que chamamos de relato de experiência (13%). Nela, o autor apresenta a maneira pela qual a política de humanização foi implantada em determinado serviço, suas possibilidades e consequências, na análise de um caso específico. Seguem com alguma relevância a utilização de grupos focais e questionários (7%), e os menos utilizados foram etnografia, observação e pesquisa-ação (1%).

Quadro 4. Número e porcentagem de artigos que utilizaram dados primários, discriminados segundo a técnica de produção de dados utilizada - São Paulo - 2016

Técnica de produção de dados	
Entrevista	36
Relato de Experiência	7
Grupo Focal	4
Questionário	4
Etnografia/observação/pesquisa-ação	3
Entrevista e Grupos Focais	1

No quinto quadro, discriminamos a população estudada. Verificamos se as publicações tratam de uma classe profissional específica, dos profissionais em geral, dos usuários, ou se trata, simultaneamente, de profissionais e usuários. Fica evidente a predominância do trabalho sobre e com profissionais quando somamos os “profissionais em geral” – ou seja, quando o objeto da pesquisa eram os profissionais em geral de um determinado serviço – com aqueles trabalhos que versam sobre categorias específicas. Essa soma corresponde a 79% da população estudada em nossa amostra.

Quadro 5. Número e porcentagem de artigos selecionados que têm como objeto de estudo uma ou mais populações específicas - São Paulo - 2016

População estudada	
Profissionais em geral	30
Usuários	14
Enfermeiros	13
Profissionais e Pacientes	10
Gestores	4
Médicos	4
Estudantes	2
Acompanhantes de pacientes	1
Cirurgiões-Dentistas	1
Educadores	1
Grupo de cogestão	1
Profissionais, gestores e usuários	1

2.3.3 A vinculação da pesquisa científica com o movimento sócio-histórico da humanização

Por fim, devemos considerar a grande vinculação dessas pesquisas científicas com o movimento sócio-histórico de base ético-política que levantou a bandeira ou o mote da humanização. Contribuíram para isso: a luta dos movimentos sociais pela visibilidade de suas questões específicas

de saúde, desde os anos 1980, sob a bandeira da humanização (Rizzotto, 2002); os programas estatais que tratavam do tema e que nasceram em meados dos anos 1990; e a incorporação da temática e o adensamento no debate de humanização dentro do campo da Saúde Coletiva nos anos 2000 (Deslandes, 2004a). Assim sendo, e frente às distintas modalidades de críticas ao funcionamento da assistência à saúde, como antes examinado, foi importante considerar, em nosso exame das publicações científicas, de que modo essa vinculação manifestou-se: se a perspectiva acerca da humanização é aquela de ‘mote’ dos movimentos sociais ou se é também uma articulação de natureza conceitual.

Embora o aumento no número de artigos que versam sobre humanização mostre um fortalecimento da temática, a incorporação da humanização dentro do campo da Saúde Coletiva não é simples e traz questões de natureza epistemológica. Pelas dificuldades como objeto de estudo, por nomear simultaneamente um ‘mote’ de movimento social em luta por direitos, e uma política pública de intervenção estatal em serviços de saúde, a produção em Saúde Coletiva sobre o tema da humanização tem se caracterizado pela diversidade de desenhos de pesquisa e por grande pluralidade de definições. Alguns autores do campo utilizam humanização como oposição a violência. Para outros, humanização é a luta por direitos negados na saúde. É comum também o uso de humanização como um atributo ao mesmo tempo desejável e negligenciado por parte dos trabalhadores da saúde. Também surge a humanização como luta por melhores condições de trabalho na saúde.

No entanto, como colocam Araújo et al. (2011), quando se defrontam com questões semelhantes em torno da incorporação do conceito de gênero em publicações científicas do campo da Saúde Coletiva, esses problemas não são necessariamente ruins. Ao contrário, a multiplicidade de temáticas em torno da humanização possibilita trazer à visibilidade do debate uma gama de sérios problemas que as instituições de saúde vivem hoje no Brasil.

Para tratar especificamente da dimensão conceitual nas publicações selecionadas, foram discriminadas duas categorias diferentes.

Primeiramente separamos os artigos que tratam da humanização através do horizonte político dos movimentos sociais que cunharam o termo: são artigos que não estão prioritariamente preocupados com o desenvolvimento conceitual da humanização e seus desdobramentos, mas em apresentar/denunciar/problematizar o trabalho em saúde através da perspectiva da humanização, advinda dos movimentos sociais. Dado o pragmatismo do campo (Paim; Almeida Filho, 1998) e a sua íntima e histórica relação com os movimentos sociais, principalmente com aqueles ligados à área da saúde, esse tipo de proposta de publicação é bastante comum na área, como nos mostra o excerto a seguir: “Este estudo apresenta-se como uma maneira de romper o silêncio, para revelar como [os usuários] percebem o atendimento que é prestado pelos profissionais de saúde” (Bispo; Souza, 2007). Assim, nomeamos essa categoria de ‘mote’, para assim vinculá-la às bandeiras dos movimentos sociais e às suas lutas.

Por outro lado, nomeamos de ‘conceitual’ aqueles artigos que se prestam à análise da humanização através de uma aproximação teórica, seja confrontando ou afirmando a política através de um quadro teórico consolidado.

Quadro 6. Número de publicações selecionadas e discriminadas através de sua aproximação teórica do tema da humanização - São Paulo - 2016

Aproximação da humanização	
Mote	64
Conceito	34

2.3.4 Caracterização das publicações selecionadas através do cruzamento de dados

Apresentados os dados obtidos da produção selecionada, prosseguimos cruzando esses dados, com o objetivo de visualizar de

maneira mais ampla e acurada de que forma e sobre o que se produz pesquisas no campo da Saúde Coletiva sobre o tema da humanização.

A produção dos artigos do campo da Saúde Coletiva selecionados se intensificou muito entre o sexênio de 2009-2014. Essa produção pode ser caracterizada como mais ligada às análises gerenciais (70%) – que levam em conta questões da hierarquia, de organização de serviços, de condições de trabalho e de gestão – do que àquelas cujo conteúdo se refere ao interior da relação entre o profissional e o usuário (30%), seja na sua dimensão técnica ou na sua dimensão moral e ética.

Os artigos selecionados utilizam um desenho muito mais empírico (71%) do que de ensaios teóricos (29%). Entre os empíricos, a entrevista como técnica de produção de dados se destaca das demais (65%).

O quadro 7 nos mostra que mais da metade da produção selecionada (52%) compõe-se de uma produção de caráter empírico que trata de questões gerenciais, ao mesmo tempo em que a relação clínica dentro de uma abordagem teórica só aparece em 10% das publicações selecionadas. No entanto, se olharmos para os artigos que versam sobre a relação profissional-usuário, existe um equilíbrio maior entre os empíricos (65%) e teóricos (34%) do que encontramos naqueles sobre aspectos gerenciais, nos quais os empíricos representam 74% e os teóricos 26%.

Quadro 7. Número de publicações selecionadas e discriminadas entre empírico/teóricos e gerencial/encontro clínico - São Paulo - 2016

	Empírico	Teórico
Gerencial	51	18
Encontro Clínico	19	10

O quadro 8 nos mostra como se distribuem as publicações, quando as discriminamos entre as categorias de mote e de conceito.

80% das publicações selecionadas através da ideia de mote têm o seu conteúdo ligado a aspectos gerenciais. Ainda sobre aqueles que se

aproximam da temática da humanização através do mote, temos que 75% utilizam dados primários, principalmente entrevistas, cuja população estudada são os profissionais (82%). Este agrupamento de artigos se caracteriza pelo uso da teoria das representações sociais em suas entrevistas.

Daqueles artigos que buscam uma elucubração teórica sobre a humanização, nossos dados são mais equilibrados, no entanto, chama a atenção que em ambas as categorias, mote e conceito, a população estudada é em sua maioria de trabalhadores. As entrevistas, os grupos focais e os questionários costumam privilegiar mais essa população – provavelmente pela facilidade de encontrá-los nos serviços e pela sua disponibilidade – do que os usuários. Já na categoria mote, 82% dos trabalhos dedicam-se exclusivamente aos profissionais, enquanto na categoria conceito esses trabalhos representam quase 70%.

Quadro 8. Número de publicações selecionadas e discriminadas a partir do uso da humanização como conceito ou como mote - São Paulo - 2016

Uso de conceitos	Mote	Conceito
Gerencial	51	18
RPU	13	16
Dados Primários	48	7
Dados Secundários	11	4
Usuários	10	3
Profissionais	36	16
Ambos	8	4

Embora a Saúde Coletiva incorpore as ciências humanas dentro do seu quadro epistemológico, por seu já mencionado pragmatismo, vemos prevalecer os estudos empíricos sobre os ensaios teóricos, assim como prevalecem os artigos que se ocupam da exposição/denúncia/proposição de elementos que são criticados ou sugeridos nos serviços pelos movimentos em relação àqueles artigos que buscam uma formulação teórico-crítica do próprio termo humanizar.

Essa característica pragmática precisa ser problematizada, principalmente no que se refere à utilização de entrevistas. Em nosso estudo, cerca de 65% dos artigos que utilizam a entrevista como técnica de produção de dados o fazem embasadas na teoria das representações sociais. Na releitura de Moscovici (2004) sobre a teoria das representações coletivas de Émile Durkheim, a representação social se refere ao posicionamento da consciência subjetiva nos espaços sociais, no sentido de formar percepções por parte dos indivíduos. Assim, a representação de um determinado objeto social passa por um processo de formação através do encadeamento de fenômenos interativos, fruto dos processos sociais do cotidiano. Desse modo, o autor analisa os processos através dos quais os indivíduos elaboram explicações sobre questões sociais e como isso se relaciona com a difusão de mensagens das diversas organizações da sociedade. O autor busca correlacionar explicações do senso comum com ideologias e teorias científicas. Embora a produção de artigos selecionados descreva, por meio de entrevistas, grupos focais e questionários, qual a opinião dos entrevistados sobre o que é a humanização ou como ela deve ser implementada, esses artigos não avançam na análise das razões dessas percepções, como elas se relacionam com a realidade e com a teoria. Por isso, não conseguem sair do senso comum dos problemas de saúde, limitando-se a apresentar fatos e interpretações visitadas e revisitadas no campo.

Acreditamos ser por isso também que grande parte das publicações examinadas intitulam seus estudos com variações do nome “percepções dos trabalhadores sobre humanização” e não entram na questão de qual teoria ou ideologia estão sendo refletidas ou contidas na fala dos profissionais, de modo que elas contribuem apenas de forma limitada ao debate. Estes artigos formam um grande compêndio homogeneizado e repetitivo de visões do senso comum acerca da humanização. Nele, temos aqueles que mostram que os profissionais acreditam que eles mesmos precisam mudar de atitude (Marque et al., 2006; Rebello; Neto, 2012; Palheta; Costa, 2012), outros nos quais os profissionais expõem a impossibilidade do atendimento

humanizado dadas às condições de trabalho (Silva; Jorge, 2002; Santos et al., 2011), e os que apontam a falta de valorização do “humano” nos serviços e na sociedade (Souza et al., 2011; Wolff; Waldow, 2008) .

Embora não seja o objeto central desta dissertação, essa problemática trazida pelo material selecionado merece alguma reflexão. Talvez o caminho mais profícuo para se compreender este fenômeno esteja na análise de Kenneth Camargo Júnior (2013, p. 1709):

Face à pressão competitiva de publicar cada vez mais, multiplicam-se subterfúgios para incrementar a quantidade de artigos e capítulos publicados, e mesmo de citações. A produção em série de artigos sem maior interesse ou inovação, ainda que fundamentalmente ‘corretos’, a multiplicação do número de autores para cada texto sem que se considere adequadamente a atribuição de autoria, a distribuição de conteúdos entre diversas publicações (conhecida como ‘publicação salame’) e a criação de verdadeiros clubes de citação mútua são fenômenos há muito conhecidos na literatura mundial e que começam a se manifestar em nosso meio.

O autor defende que os critérios de avaliação de cientistas e pós-graduandos estimulam uma produção cada vez maior de artigos científicos em detrimento de produções inovadoras, criativas e com um rigor metodológico maior. Ora, o que se espera da conjugação das ciências da saúde e das ciências humanas, um dos aspectos fundamentais do campo interdisciplinar da Saúde Coletiva, é a produção de novas interpretações sobre os fenômenos estudados e não a apresentação da regularidade do senso comum. É evidente a importância de sabermos que muitos profissionais em muitos serviços diferentes têm mais ou menos as mesmas percepções sobre a humanização. Mas fixarmo-nos somente nessa constatação, deixando de avançar nas interpretações e nas análises das diferenças, não colabora para o desenvolvimento do debate no campo.

Duas interpretações são cabíveis e se compõem, a nosso ver, na compreensão deste estado atual das publicações. Uma primeira é esta acima apontada, quanto às exigências da produtividade competitiva. Tal questão assume uma maior dramaticidade conjuntural, e reflete, sem dúvida,

questões estruturais da produção social em ciência, enquanto a forma social de organização dessa produção e o sentido hegemônico que tal forma adquire para a sociedade.

Outra possível interpretação trata da questão estrutural da produção científica em Medicina e em Saúde Pública, cujo caráter pragmático orienta mais essa produção rumo à dimensão tecnológica do conhecimento – isto é, do que se deve fazer em termos das intervenções nas práticas de saúde – do que rumo ao conhecimento do próprio objeto de estudo em termos do que é este objeto. Dito de outro modo e como já antes mencionado, trata-se mais de uma grande preocupação voltada aos processos práticos de intervenção sobre esferas consideradas não humanizadas das práticas de saúde, do que de uma busca por compreender o que seria a humanização dessas práticas.

Tal preocupação tecnológica, se separada e autonomizada por referência àquela do conhecimento substantivo do objeto sobre o qual se quer intervir, leva ao que autores como Ayres (1995) e Schraiber (2011) denominaram de ‘rarefação teórica’, produzindo estudos mais preocupados em ‘como fazer para mudar’ do que compreender o que é a mudança pretendida. Assim o próprio ‘como mudar’ fica com muita dificuldade de orientação sobre qual a finalidade sócio-sanitária dessa mudança, isto é, sobre que produto se quer alcançar em termos de saúde e de vida social na mudança.

De outro lado, não há dúvida de que, mesmo subordinado a esse pragmatismo e mesmo mais voltado às atuações nos serviços de saúde, todo o movimento ético-político, assim como toda essa publicação sobre a humanização, teve a qualidade de trazer grande visibilidade sobre essa questão. Colocando, dessa forma, o que poderia se configurar como um problema de uma ou outra área da Medicina ou da Saúde Pública, tal como a Obstetrícia ou a Saúde Mental, como uma questão mais estrutural da própria Medicina, a qual, lembramos, é hegemônica como saber definidor dos conceitos que dizem respeito às práticas médicas e sanitárias. Dessa forma, parece-nos que a humanização/desumanização é questão estrutural

do campo da Saúde como um todo e não específica de alguma área da saúde, setor ou serviço.

Será sobre este aspecto historicamente significativo que queremos discutir e contribuir, para pensarmos quais outras aproximações são possíveis no sentido de ampliarmos essa visibilidade da questão para sua contextualização em dimensões estruturais da Medicina da modernidade, que produziram tal estranha condição: o desenvolvimento dessa Medicina que tanto serve aos homens é também o que embasa o fenômeno que hoje chamamos de desumanização das práticas que lhes são decorrentes.

Nesse sentido, no próximo capítulo trataremos dessas contribuições, tendo como referência o pensamento sócio-político de Hanna Arendt.

CAPÍTULO 3. As contribuições do pensamento de Hanna Arendt para a temática da humanização/desumanização em Saúde

3.1 O percurso intelectual de Hannah Arendt

Hannah Arendt nasceu em Hannover em 1906. Desde cedo se interessou por estudos de filosofia (especialmente Kant), de literatura e de teologia. Entre 1924 e 1926, Arendt frequentou a Universidade de Marburgo, onde conheceu Martin Heidegger, iniciando uma relação que durou a vida inteira, ora mais próxima, ora mais afastada (Jardim, 2011). Já na Universidade de Heidelberg, obteve o título de doutora em 1928 com a tese intitulada “O conceito de amor em Agostinho”, sob a orientação de Karl Jaspers, outra figura importante na vida da autora, com quem ela manteve uma correspondência bastante volumosa até a morte de Jaspers em 1969. Embora a tese de doutorado tenha influência em toda sua obra, ela, definitivamente, não poderia indicar por quais caminhos seguiriam as reflexões posteriores da autora.

Seus estudos sobre filosofia antiga e medieval foram interrompidos pela necessidade de fuga, em 1933, da Alemanha para a França, movida pela ascensão do regime nazista na forma do Terceiro Reich. Em território francês, Arendt e seu marido Heinrich Blücher receberam vistos norte americanos provisórios. Em seguida, viajaram pelo sul da França à Espanha e depois para Lisboa, de onde partiram para Nova Iorque (Young-Bruehl, 1997). Dos Estados Unidos da América, Arendt acompanhou o desenrolar da guerra na Europa. Em 1943, tomou conhecimento da existência do campo de concentração de Auschwitz. Arendt ficou tão estarrecida que, em 1964, em uma entrevista, caracterizou aquele momento da seguinte forma:

Foi na verdade como se um abismo se abrisse diante de nós, porque tínhamos imaginado que todo o resto iria de alguma maneira se ajustar, como sempre pode acontecer na política. Mas dessa vez não. Isso jamais poderia ter acontecido (Arendt, 2002, p. 39).

A tentativa de compreender o incompreensível de Auschwitz começa em “As origens do totalitarismo” escrito em 1951 – uma análise detalhada dos regimes totalitários, que hoje se tornou um marco no pensamento político (Jardim, 2011).

Em “Responsabilidade Pessoal sob a Ditadura” (2004), Arendt afirma que, para a sua geração, a lição começa em 1933 e termina quando o mundo inteiro toma conhecimento das monstruosidades executadas pelo regime nazista. Ou seja, as perplexidades perante esses acontecimentos e ainda aquelas surgidas a partir de eventos associados, como, por exemplo, o julgamento de Adolf Eichmann em Jerusalém, são eventos fundamentais para a compreensão dos caminhos das reflexões de Hannah Arendt. Embora ainda exista um largo campo de debate acadêmico sobre a existência de uma ruptura da obra da autora após a fuga da Alemanha do Terceiro Reich, parece ser ponto pacífico que os temas políticos contemporâneos se tornaram objeto de suas reflexões após a fuga da Alemanha e o seu posterior estabelecimento nos Estados Unidos da América.

Chamada pelo comentador Eduardo Jardim (2011) de “pensadora da crise”, Arendt desenvolve, em “A condição Humana” (2010), seu universo conceitual sobre as dimensões da ação política sobrepostas nas noções da Grécia Antiga acerca da esfera pública e privada, bem como sobre uma fenomenologia das atividades humanas do labor, do trabalho e da ação.

Escolhido pela autora como livro para a introdução do seu pensamento no Brasil (Jardim, 2011), o conjunto de ensaios “Entre o passado e o futuro” (2011a) aborda a ruptura com o passado como condição para a emergência dos regimes totalitários. Essa ruptura teria surgido como crise da tradição e da autoridade, vividas na cultura e na educação, bem como na posição do homem frente ao desenvolvimento tecnológico e científico do nosso tempo. Concomitantemente, a autora se debruçou sobre o estudo de duas grandes revoluções modernas – a francesa e a americana – em “Sobre a revolução” (2011), obra em que faz importante distinção entre a esfera da sociedade e a da política.

Ao longo dos anos 1960, Arendt se dedicou ao debate político contemporâneo, do qual nasceram os textos que compõem “Sobre a violência” (2013) e “Crises da república” (1973). “Eichmann em Jerusalém” é uma das obras mais conhecidas da autora, que partiu para Jerusalém como repórter da revista “New Yorker” para acompanhar o julgamento de Adolf Eichmann, preso pelo serviço secreto israelense na Argentina. No texto, Arendt se surpreende e repensa seu conceito de “mal radical”, passando a utilizar a ideia de “banalidade do mal” e de “mal extremo”, e apresentando Eichmann não mais como uma mente pervertida, um pensador astuto e um grande vilão que os meios de comunicação pintavam à época, mas identificando-o como uma figura eminentemente medíocre. Seu texto foi duramente criticado pela comunidade judaica, a qual entendeu que Arendt estava isentando Eichmann pelos seus feitos durante o nazismo. Não era essa a intenção da autora: o tema do mal, em Arendt, não tem como fundamento a perversão ou o pecado. A novidade da sua reflexão encontra-se em evidenciar que os seres humanos podem realizar ações inimagináveis sem qualquer motivação maligna. O pano de fundo do exame da questão, segundo Arendt, é o processo de naturalização da sociedade e de artificialização da natureza ocorrido com a industrialização e a tecnificação das decisões e das organizações humanas na contemporaneidade. O mal é abordado, desse modo, na perspectiva ético-política e não de um ponto de vista moral ou religioso. Em todos os relatos de Arendt, é possível sentir uma profunda perplexidade da autora em relação à maneira com que Eichmann relatava suas atividades como organizador da logística de transporte de milhões de pessoas aos campos de concentração. Ele usava clichês, palavras de ordens e a moral da obrigação do bom funcionário, para justificar o seu comportamento. Para Eichmann, em nenhum momento ele próprio poderia ser enquadrado como criminoso, pois apenas cumpria a sua obrigação, o seu dever. Dessa maneira, o desenvolvimento da reflexão arendtiana caminha no sentido de tentar compreender como é possível ao totalitarismo solapar a faculdade do pensar.

A autora entende que o totalitarismo é produto da crise da tradição e da autoridade, através do processo de erosão dos alicerces da sociedade realizado principalmente pelo novo posicionamento que a ciência terá na Modernidade. Assim, os elementos sociais que levam Eichmann à recusa do pensamento e à sua posterior alegação de inocência, através da plena obediência a ordens superiores, continuam atuantes na contemporaneidade mesmo com o fim dos regimes nazista e stalinista. Essas reflexões, bem como suas análises sobre as atividades que praticamos no mundo, com ênfase sobre a práxis política, a ação e o espaço público, além das análises sobre as relações históricas e filosóficas entre ética e política, justificam a pertinência da interlocução de seu pensamento com temas atuais da Saúde Coletiva, principalmente com aqueles relacionados às transformações históricas das instituições e das profissões em saúde. Tais transformações nos serão fundamentais nas discussões acerca da desumanização e da necessidade de humanização da atenção em saúde.

Apresentamos, a seguir, o estudo e as reflexões realizadas acerca dos conceitos de Hannah Arendt escolhidos como aporte filosófico da nossa pesquisa.

3.2 O poder

No primeiro capítulo de “Sobre a violência” (2013), Hannah Arendt critica os movimentos da “nova esquerda” do final dos anos 1960. Segundo a autora, diante do contexto de um mundo ameaçado pela destruição nuclear e paralisado pelas grandes administrações da burocracia estatal, esses movimentos optaram pela glorificação da violência, já que creditavam a ela a essência do poder. Diz Arendt:

Se nos voltarmos para as discussões do fenômeno do poder, rapidamente perceberemos existir um consenso entre os teóricos da política, da esquerda à direita, no sentido de que a violência é tão-somente a mais flagrante manifestação do poder. ‘Toda política é uma luta pelo poder; a forma mais básica do poder é a violência’ disse C. Wright Mills, fazendo eco, por assim

dizer, à definição de Max Weber do Estado como 'domínio do homem pelo homem baseado nos meios da violência legítima, quer dizer, supostamente legítima'. [...] deve ser admitido que é particularmente tentador pensar o poder em termos de comando e obediência, e assim equacionar poder e violência (Arendt, 2013, p. 31).

Arendt assinala que a tradição do pensamento político no ocidente, que entende o poder como relação de mando e obediência, opera definindo como tema central dos estudos em política esta relação e, por conseguinte, entende o poder como sinônimo de violência (Arendt, 2013). O que a autora propõe é a retomada conceitual da tradição do pensamento greco-romano, a qual fundamenta a questão do poder no consentimento (*'agir em concerto'*) em vez de na violência. Segundo Arendt (2013), essa tradição pode ser encontrada no conceito de "isonomia" na Cidade-Estado ateniense e de *civitas* na Roma Antiga, já que ambos operam a partir de uma ideia de poder e de lei cuja essência não se encontra na relação de mando-obediência, mas no "apoio às leis para as quais os cidadãos haviam dado o seu consentimento" (Arendt, 2013, p. 34). O recurso a essa outra tradição do pensamento político, originada na polis isonômica e na *civitas* romana, relaciona-se a outra consideração da autora, a de que "somente quando os assuntos públicos deixam de ser reduzidos à questão do domínio é que as informações originais no âmbito dos assuntos aparecem, ou antes, reaparecem, em sua autêntica diversidade" (Arendt, 2013, p. 68), ou seja, mudar o referencial pelo qual se entende a relação entre poder e violência é o que possibilita a emergência de outros parâmetros pelos quais se pensarão as relações no espaço público.

O apoio do povo é um aspecto fundamental do conceito de poder em Arendt, pois "esse apoio não é mais do que a continuação do consentimento que trouxe as leis à existência" (Arendt, 2013, p. 35). O poder, então, vincula-se não só ao consentimento, mas também ao momento de fundação de dada comunidade. Assim, o poder é o momento que traz as leis à existência bem como a sustentação futura das instituições políticas. O poder só tem existência no encontro humano no qual palavras e atos não se

separam, e na dependência de um “acordo frágil e temporário de muitas vontades e intenções” (Arendt, 2010, p. 213). Só há poder quando se preserva a pluralidade humana com os mais diversos interesses, distintos e conflitantes, que ela contém. O poder se origina de maneira legítima “quando as palavras não são usadas para velar intenções, mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar novas relações e realidades” (Arendt, 2010, p. 212).

Embora seja atualizado por atos e palavras, o poder se sustenta na dependência de sua contínua atualização por meio das promessas que visam garantir as condições para que os homens possam prosseguir a se reunir, a agir e a discursar no futuro. Arendt compreende o poder como um fim em si mesmo (diferente da violência que costuma ser entendida como meio), de tal modo que a própria política é entendida como uma tarefa infundável. Em função da sua dimensão intersubjetiva e comunicativa, o poder pode ser dividido e contrabalanceado sem que seja reduzido ou destruído. Pelo contrário, “a interação de poderes, com seus controles e equilíbrios, pode, inclusive, gerar mais poder, pelo menos enquanto a interação seja dinâmica e não o resultado de um impasse” (Arendt, 2010, p. 214). Em consonância com a sua conceitualização do poder, Arendt pensa que todo governo depende de quantidade e diversidade de indivíduos, ou seja, de números e das distintas opiniões, enquanto a violência opera em oposição a ambos, e, assim, “a forma extrema de poder é O Todos contra um, a forma extrema da violência é o Um contra todos” (Arendt, 2013, p. 35). O poder se assenta no apoio, tácito ou explícito, isto é, no número daqueles que conferem ao governo o seu consentimento e não nos meios de violência que este dispõe. Assim, chegamos à ideia na qual a tirania é um governo impotente e, por conseguinte, extremamente violento.

No entanto, na visão de Arendt, essa distinção entre poder e violência é insuficiente, pois nega outras dimensões importantes do real. A identificação da tradição entre poder e violência traz a indistinção de outros conceitos: “poder, vigor, força, autoridade e violência seriam simples palavras para indicar os meios em função dos quais o homem domina o

homem; são tomados por sinônimos porque tem a mesma função” (Arendt, 2013, p. 35). A autora, assim, se encarregará de distinguir esses conceitos.

o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido. Quando dizemos que alguém está ‘no poder’, na realidade nos referimos ao fato de que ele foi empossado por um certo número de pessoas para agir em seu nome (Arendt, 2013, p. 36).

A autora entende que o poder é um fenômeno da ação humana do qual não é possível ter posse. Mais que isso, ele surge da ação coletiva dos homens e desaparece quando essa coletividade deixa de existir. E, por fim, encontrar-se “no poder” significa estar autorizado a agir no nome de outrem.

A partir desta definição, o conceito de poder se diferencia do de vigor. Este descreve uma realidade individual, ou seja, um atributo inerente a um objeto ou pessoa que não necessariamente entra na relação com outro indivíduo. Pelo seu caráter essencialmente particular, o vigor pode sempre se apresentar como uma ameaça ao poder. Já a força é definida pelos impactos que os movimentos sociais podem gerar na sociedade bem como sobre o próprio poder (Arendt, 2013).

3.3 A Violência

A primeira diferenciação importante, para Arendt, no que concerne violência e poder é que o primeiro é sempre um meio, ou seja, é um instrumento para um fim determinado, e não um fim em si mesmo como no segundo caso. A violência, portanto, não pode ser pensada como essência ou fundamento do poder. A violência “sempre depende da orientação e da justificação pelo fim a que almeja” e, assim, “não pode ser essência de nada” (Arendt, 2013, p. 74). Todo aumento da violência é decréscimo do poder: “do cano de uma arma emerge o comando mais efetivo, resultando na mais perfeita e instantânea obediência. O que nunca emergirá daí é o poder” (Arendt, 2013, p. 77). Poder e violência não são dois fenômenos

mutuamente excludentes, mas guardam uma relação de proporcionalidade: quanto mais poder e menos violência, mais afastado um governo está da tirania, da ditadura e do totalitarismo. Quanto menor o poder, mais intensa e aberta será a violência como meio de garantir a obediência. Analisando a geração que cresce sob a ameaça de uma guerra nuclear, Arendt conclui:

onde a violência não está mais escorada e restringida pelo poder, a tão conhecida inversão no cálculo dos meios e fins se faz presente. Os meios, os meios da destruição, agora determinam o fim – com a consequência de que o fim será a destruição de todo poder (Arendt, 2013, p. 78).

A advertência arendtiana de que “talvez não seja supérfluo acrescentar que essas distinções, embora de forma alguma arbitrárias, dificilmente correspondem a compartimentos estanques no mundo real, do qual, entretanto, são extraídas” (Arendt, 2013, p. 68) mostra que dificilmente se encontra, no mundo real, o poder na sua forma pura em ação, ou a pura violência. Por isso, os governos ou o “poder institucionalizado em comunidades organizadas” (Arendt, 2013, p. 68) apresentariam, na já descrita relação de proporcionalidade, os dois fenômenos. Assim, a autora não acredita na possibilidade de existência de uma comunidade política na qual a violência estivesse completamente ausente. Para Arendt, a violência é uma questão intrinsecamente política, o que, vale ressaltar, não é o mesmo que dizer que a natureza da política é a violência. Mas a autora procura se opor a certa tradição de pensamento que enxerga na violência uma característica natural do humano. Se a violência não é um traço natural do humano, ela tampouco é dotada de legitimidade: só o poder pode ser legítimo ou ilegítimo. A violência, na qualidade de instrumento, só pode ser justificável ou injustificável, na medida em que os objetivos buscados sejam mais ou menos bem definidos e imediatos. Arendt chega a alertar que, em certas circunstâncias específicas (e emergenciais), a violência se torna “o único modo de reequilibrar as balanças da justiça” (Arendt, 2013, p. 91).

3.4 A Tradição

A tradição de nosso pensamento político se inicia na alegoria da caverna de *A república*, na qual Platão descreve o mundo dos assuntos humanos em termos de trevas, de confusão e de ilusão. Nesse contexto, aspirar ao Ser verdadeiro significa abandonar tudo aquilo que pertence ao convívio de homens em um mundo comum. O fim da tradição teria vindo, segundo a autora, com a ideia de Marx de que a filosofia e a sua verdade estão localizadas nos assuntos dos homens e no seu mundo comum. Ou seja,

A Filosofia Política implica necessariamente a atitude do filósofo para com a Política; sua tradição iniciou-se com o abandono da Política por parte do filósofo, e o subsequente retorno deste [à Política] para impor seus padrões aos assuntos humanos. O fim sobreveio quando um filósofo repudiou a Filosofia, para poder 'realizá-la' na política (Arendt, 2011a, p. 44).

A tradição sempre esteve presente no Ocidente desde o seu nascimento, mas, segundo Arendt (2011a), o homem só esteve consciente dela em duas ocasiões. O primeiro momento foi aquele no qual os romanos adotaram o pensamento e a cultura grega clássica como sua tradição. Com os romanos, a tradição veio, e “após eles, permaneceu o fio condutor através do passado e a cadeia à qual cada nova geração, intencionalmente ou não, ligava-se em sua compreensão do mundo e em sua própria experiência” (Arendt, 2011a, p. 53). O segundo momento foi no período romântico, no qual os renascentistas procuraram romper os elos da tradição através da reinterpretação do pensamento clássico, buscando estabelecer um passado no qual a tradição não tivesse poder. Segundo Arendt, a glorificação do passado interpretado pela Renascença mostra o momento no qual a Modernidade estava prestes a mudar o mundo de tal forma que “uma confiança inquestionada na tradição não fosse mais possível” (Arendt, 2011a, p. 53).

A pesquisa de Arendt sobre a crise da tradição se concretiza em sua busca, nas obras de Hegel, de Marx, de Kierkegaard e de Nietzsche, da

relação entre o desenvolvimento do pensamento desses autores e os conceitos da tradição. Marx, Kierkegaard e Nietzsche situam-se no fim da tradição e o predecessor deles foi Hegel. O pensamento hegeliano é o primeiro a conceber a totalidade da história universal como um todo contínuo que se desenvolve através de um mesmo fio. Para tal, Hegel se coloca no exterior a todos os sistemas de pensamento e de crenças para poder enxergá-los através do fio da continuidade histórica. A tradição, então, é substituída pelo fio da continuidade histórica, tal como colocada por Hegel (Arendt, 2011a). O intuito de Hegel não seria acabar com a autoridade: “Para Arendt, o propósito de Hegel não era o de repudiar as abstrações da tradição, e, sim, o de desautorizar as diversas tendências de pensamento presentes na tradição, para fundar uma nova autoridade” (Wagner, 2002, p. 77). Pelo intermédio do fio da continuidade histórica,

a avassaladora massa dos valores mais divergentes, dos mais contraditórios pensamentos e das mais conflitantes autoridades, todos os quais haviam sido, de algum modo, capazes de funcionar conjuntamente, foram reduzidos a um desenvolvimento unilinear e dialeticamente coerente, na verdade, não para repudiar a tradição como tal, mas a autoridade de todas as tradições (Arendt, 2011a, p. 55).

Kierkegaard, Marx e Nietzsche, cada um a sua maneira, foram hegelianos na medida em que viam a história da filosofia passada como um todo dialeticamente desenvolvido. Questionaram a hierarquia dos conceitos que imperou desde o platonismo e foram marcos indicativos da perda da autoridade do passado. Ousaram pensar sem orientação de nenhuma autoridade, embora continuassem influenciados pelo quadro de referência da tradição.

Segundo Arendt (2011a), Marx inicia uma rebelião consciente à tradição do pensamento político ocidental e articula três proposições que invertem verdades estabelecidas pela tradição, incontestáveis até o início da Modernidade.

Na primeira delas, Marx postulava que não foi Deus o criador do homem, mas o trabalho. Ao criar-se a si mesmo, Marx indicaria que a

humanidade é resultante de sua própria atividade. Com isso, ele eleva a posição do trabalho, atividade até então tradicionalmente desprezada, como atributo máximo do homem. Não é sequer a razão o que diferenciaria o homem do animal, mas o trabalho. O homem, em Marx, não é somente o ser dotado do poder de abstração, mas o ser que olha para a natureza, planeja e executa sua transformação em um objeto do mundo dos homens. Dessa forma, Marx desafiaria o Deus criador tradicional, o juízo tradicional sobre o trabalho e a glorificação da razão como o mais elevado atributo humano.

A segunda proposição é que a violência seria a parteira da história. Com isso, Marx afirmaria que o desenvolvimento da história acontece somente por meio de guerras e de revoluções. Tradicionalmente, a violência é compreendida como a *ultima ratio* ou como característica de um governo tirano. Os gregos conduziam seus negócios pelo discurso e os homens obedeciam por persuasão, e não por violência ou coação (Arendt, 2011a). Porém, para Marx, toda esfera da ação política é fundada na violência, pensando, por exemplo, o Estado moderno como a manutenção de um aparato burocrático-bélico com a função de manter a burguesia no poder.

Na terceira proposição, Marx indicaria que os filósofos já interpretaram suficientemente o mundo e que agora seria a hora de transformá-lo. Com isso, ele quer dizer que a interpretação filosófica mostraria o modo pelo qual deveria ser transformado o mundo dos homens. O desafio à tradição consiste na predição de que o mundo dos negócios humanos comuns se tornará idêntico ao domínio das ideias no qual a filosofia se constituiu. A Filosofia que “sempre foi ‘para os eleitos’, tornar-se-á um dia a realidade do senso comum para todos” (Arendt, 2011a, p. 51).

Para Arendt, essas proposições se apresentam como paradoxais: Se o trabalho é a atividade mais humana e produtiva do homem, o que acontecerá quando, segundo o próprio Marx, este vier a ser abolido? Se o trabalho cria o homem, o que será deste quando estiver se emancipado do trabalho? Se a violência é a parteira da história e a ação violenta uma forma da ação humana, o que acontecerá com o desaparecimento do Estado e com o fim da luta de classes? Se a filosofia for realizada e superada, que

pensamento restará? Essas contradições, que Arendt identifica em Marx, revelam que:

Em Marx, como no caso de outros grandes autores do século passado, um ar aparentemente jocoso, desafiador e paradoxal encobre a perplexidade de ter que lidar com fenômenos novos em termos de uma velha tradição de pensamento, fora de cujo quadro conceitual pensamento algum parecia absolutamente ser possível (Arendt, 2011a, p. 52).

Desta forma, essas contradições não seriam erros na construção argumentativa marxista, mas “elas remetem ao centro mesmo de sua obra e constituem a chave mais importante para a compreensão efetiva de seus problemas e para discernimentos novos” (Arendt, 2011a, p. 52). Segundo a autora, estas contradições revelariam as impossibilidades de tratar novas questões recusando o pensamento da tradição ao mesmo tempo em que Marx ainda opera efetivamente a partir deste pensamento. Ou seja, pensar, no momento em que a tradição está chegando ao seu próprio fim, nos referenciais daquilo que se quer contrapor: a própria tradição. Segundo Arendt, “[é] como se Marx, algo como Kierkegaard e Nietzsche, tentasse pensar contra a tradição, utilizando ao mesmo tempo suas próprias ferramentas conceituais” (Arendt, 2011a, p. 52). O início e o fim da tradição são resumidos por Arendt da seguinte forma:

Nossa tradição de pensamento político começou quando Platão descobriu que, de alguma forma, é inerente à experiência filosófica repelir o mundo ordinário dos negócios humanos; ela terminou quando nada restou dessa experiência senão a oposição entre pensar e agir, que, privando o pensamento de realidade e a ação de sentido, torna a ambos sem significado (Arendt, 2011a, p. 52).

O fim da tradição não significa que os conceitos tradicionais tenham desocupado a mente dos homens. Ao contrário, Arendt defende que “às vezes parece que esse poder das noções e categorias cediças e puídas torna-se mais tirânico à medida que a tradição perde sua força viva e se distancia da memória de seu início” (Arendt, 2011a, p. 53). A ruptura da tradição, ou seja, o vínculo entre passado e futuro teve início na Época

Moderna com o surgimento das ciências naturais no século XVII. Seu clímax político encontra-se nas revoluções do XVIII e desenrola suas implicações na Revolução Industrial do XIX e no mundo do XX, através das catástrofes da 1ª Guerra. Segundo Schio (2006, p. 31-2):

A perda da tradição significou ficar sem aquela que serve de suporte que seleciona e nomeia, que transita e preserva, que indica os rumos a serem seguidos. A tradição garante as normas do agir, pois baseia-se na autoridade adquirida no transcorrer do tempo. A ela cabia tornar qualquer desordem ou perturbação apenas um transtorno ou disfunção provisórios, pois as regras, provindas e seguidas pela própria humanidade na História, eram firmes o suficiente para explicar e para resolver os problemas surgidos.

Com a perda da tradição, o futuro tornou-se nebuloso, pois o passado deixou de iluminar o presente e cessou de trazer garantias ao futuro. A função da tradição fora preservar o passado e transmitir conhecimento às gerações futuras, permitindo que cada indivíduo, ao nascer, adentrasse conhecendo o mundo que o cerca.

3.5 A Crise e a Natalidade

Chamada por Eduardo Jardim (2011) de pensadora da crise, Arendt não entende 'crise' como sinônimo de declínio ou degeneração de determinado ente, como pode nos sugerir o uso comum da palavra (Carvalho, 2015). A autora enxerga na crise a oportunidade de análise sobre o processo histórico sem os seus obstáculos comuns. Investigando o caso específico da educação, Arendt coloca que a crise que "dilacera fachadas e oblitera preconceitos" é a oportunidade "de explorar e investigar a essência da questão em tudo aquilo que foi posto a nu, e a essência da educação é a natalidade, o fato de que seres *nascem* para o mundo" (Arendt, 2011a, p. 223). Além de proporcionar a oportunidade de análise, a crise nos demanda novos julgamentos sobre o processo:

Uma crise nos obriga a voltar às questões mesmas e exige respostas novas ou velhas, mas de qualquer

modo julgamentos diretos. Uma crise só se torna um desastre quando respondemos a ela com juízos pré-formados, isto é, com preconceitos. Uma atitude dessas não apenas aguça a crise como nos priva da experiência da realidade e da oportunidade por ela proporcionada à reflexão (Arendt, 2011a, p. 223).

Sendo a crise uma oportunidade que demanda novos julgamentos, e, pois, não se identificando à noção comum de ‘desajustes’, é importante esclarecer como a crise se apresenta. Para Arendt, a crise se apresenta como ruptura da tradição, ou seja, como o momento em que os modos de pensamento que nos forneciam critérios de discernimento já carecem de validade. A impossibilidade de apelar ao passado em busca de respostas traz o “esvanecimento de critérios comuns e compartilhados de julgamento estético ou de validação epistemológica, [...] é o mais claro sinal de crise” (Carvalho, 2015, p. 9). Ou seja, para a autora, a ruptura da tradição, a impossibilidade de se apelar ao passado em busca de respostas ou a perda de um sentido de público em favor de uma sociedade de indivíduos não são capazes de impossibilitar os homens de julgar e pensar, de encontrar novos significados em suas práticas ou ‘agir politicamente em concerto’³. Ela, de outro lado, exige que se nasça para o mundo novamente: uma outra natalidade. Aqui, então, ao conceito de crise articula-se o de natalidade, como um nascer que não é o surgimento biológico, ou o nascimento do indivíduo, mas a sua inserção no mundo dos homens.

3.6 A Autoridade

O conceito de autoridade mostra, antes de tudo, a metodologia típica de Hannah Arendt: a análise de um problema contemporâneo é o ponto de partida para a busca de origens históricas, políticas e filosóficas e para a possibilidade de reinterpretação do presente a partir do desenvolvimento do conceito através do tempo.

³ ‘agir politicamente em concerto’ é justamente a definição de Arendt sobre o conceito de poder, como expusemos acima.

Essa análise histórico-interpretativa se inicia na constatação da existência de uma profunda crise da autoridade no mundo moderno que culmina nos regimes autoritários do século XX. Como coloca Arendt:

Essa crise, manifesta desde o começo do século, é política em sua origem e natureza. O ascenso de movimentos políticos com o intento de substituir o sistema partidário, e o desenvolvimento de uma nova forma, a forma totalitária de governo, tiveram lugar contra o pano de fundo de uma quebra mais ou menos geral e mais ou menos dramática de todas as autoridades tradicionais (Arendt, 2011a, p. 128).

As experiências do totalitarismo são a parte final de um processo que durante séculos fez ruir os alicerces do ocidente, aqueles que davam estabilidade e durabilidade ao mundo comum dos homens, através de uma crise cuja constituição, em essência, se assenta em bases políticas. Assim, não é o totalitarismo que acaba com a autoridade, mas é ele o mais apto a tirar proveito desta crise (Arendt, 2011a).

Segundo a autora, o mundo moderno se encontra num formato em que a experiência da autoridade, embora essa experiência fosse outrora fundamental para a prática e teoria política, não existe mais. A crise da autoridade é marca do século XX e seu desaparecimento significou o declínio das bases de sustentação do ocidente: o conjunto autoridade, religião e tradição constituíam a sustentação sobre a qual o mundo tinha estabilidade e solidez, características fundamentais para a construção da história do ocidente.

O significado de autoridade tem estreita conexão com o caráter de obediência que a relação de autoridade pressupõe. No entanto, Arendt se afasta do pensamento que enxerga na obediência o produto do uso da força e da violência. Esse pensamento opera a instrumentalização da força e da violência do Estado como um modo de manutenção da autoridade. Arendt diz o contrário: “a autoridade exclui a utilização de meios externos de coerção; onde a força é usada, a autoridade em si mesmo fracassou” (Arendt, 2011a, p. 129). Assim, a utilização de meios violentos por

determinado governo evidenciaria, antes de tudo, a impotência e a ausência de autoridade neste mesmo governo.

Se a autoridade não é derivada da violência, diz a autora que se poderia ligá-la à persuasão e ao uso do discurso. O problema que aí se encontra é que a persuasão pressupõe uma relação entre iguais e a autoridade é uma relação necessariamente entre desiguais. Governantes e governados tem um lugar estável e pré-determinado dentro do sistema de hierarquia que fundamenta a autoridade. Portanto, onde utilizamos argumentos, a autoridade está necessariamente suspensa. Assim, “[a] relação autoritária entre o que manda e o que obedece não se assenta nem na razão comum nem no poder do que manda” (Arendt, 2011a, p. 129). Se a autoridade se contrapõe ao uso da violência e da persuasão, o que parece unir os dois polos de uma relação de autoridade é a hierarquia: “[...] o que eles [o que manda e o que obedece] possuem em comum é a própria hierarquia, cujo direito e legitimidade ambos reconhecem e na qual ambos têm seu lugar estável predeterminado” (Arendt, 2011a, p. 129).

Buscando a origem do conceito de autoridade, Arendt mostra que a palavra e o conceito têm origem romana. No entanto, a autora encontra nos escritos de Platão e de Aristóteles considerações que influenciam decisivamente a experiência política romana acerca da autoridade. Arendt irá trabalhá-las no sentido de apontar para o surgimento da questão hierárquica como base da autoridade, em dois planos – o filosófico e o político –, de articulação entre a esfera privada da vida e a esfera pública.

A polis grega desconhecia a hierarquia como fundamentação para o espaço público. Tinha na persuasão o modo de se operar a política, portanto, uma relação entre iguais. A desigualdade era característica do funcionamento do espaço privado, no qual o ciclo de manutenção biológico deveria ser garantido para, justamente, liberar o homem para a igualdade do espaço público (Arendt, 2010). No entanto, a morte de Sócrates leva Platão a pensar num governo hierarquizado cujo cume seria ocupado pela razão, o governo do rei-filósofo (Arendt, 2011a). Platão deixa de crer na persuasão

como guia da política e começa a buscar um elemento coercitivo (embora não-violento) para uma nova fundação do espaço público:

Aquilo que ele buscava era uma relação em que o elemento coercitivo repousasse na relação mesma e fosse anterior à efetiva emissão de ordens; o paciente torna-se sujeito à autoridade do médico quando se sente doente e o escravo cai sob o domínio de seu senhor ao se tornar escravo (Arendt, 2011a, p. 148-9).

Esses exemplos mostram qual o tipo de coerção que a razão deveria exercer no governo do rei-filósofo. Embora o primeiro contato entre o filósofo e as ideias no mito da caverna seja através da contemplação da essência verdadeira do Ser, a transposição das ideias para o mundo dos assuntos humanos (um dos grandes temas do mito da caverna) acontece através de um processo: “As ideias tornaram-se padrões de medida somente depois que o filósofo deixou o céu límpido das ideias e retornou à escura caverna da existência humana” (Arendt, 2011a, p. 149). Ou seja, as ideias, que inicialmente são a pura contemplação do Ser, são utilizadas como padrões, normas e medidas – tornam-se instrumentos de dominação do filósofo sobre a polis. O filósofo, enquanto privilegiado no acesso às ideias, enxerga a si mesmo como o perito ideal para a esfera da política: pode criar normas e medidas para a vida entre os homens da mesma forma que o carpinteiro é competente para fazer uma mesa ou um médico para curar um doente (Arendt, 2011a).

Para Aristóteles, a razão não possuía qualidades tirânicas e ele mesmo não acreditava na utopia do rei-filósofo. Para “o Estagirita”⁴, a razão que criaria a diferenciação entre governantes e governados decorre, essencialmente, daquilo que separa o perito do leigo – como no exemplo da razão pela qual os velhos governam e os jovens são governados (Arendt, 2011a). Arendt expõe como toda tentativa de Platão e Aristóteles de encontrar um fundamento para a autoridade sobre o espaço político da polis parte de experiências não-políticas como a fabricação, a criação dos filhos e a manutenção do espaço privado. A inexistência de hierarquia no mundo da

⁴ A cidade de Estagira é particularmente conhecida por ser o local de nascimento de Aristóteles que, por essa razão, é muitas vezes referido como “O Estagirita”.

política faz com que os autores gregos caiam em flagrantes contradições: não é possível comparar a relação entre dois homens adultos com a relação entre um adulto e uma criança, um carpinteiro e a madeira ou ainda entre o senhor e o escravo dentro de sua morada.

Assim, tendo mostrado os limites da questão desde uma perspectiva filosófica, Arendt passa a considerar a base propriamente política do conceito de autoridade. Para a autora, esta base foi dada pela experiência romana da política (Arendt, 2010). Para entender a origem política da autoridade, Arendt (2011a) parte do que nomeia de “trindade romana”: tradição, religião e autoridade. A autoridade na política de Roma está intrinsecamente ligada com a experiência de fundação da cidade, que, ao mesmo tempo, possui um caráter sacro. Todas as gerações futuras são marcadas e referenciadas pela experiência de fundação da cidade, que se transforma em peso e medida para toda forma de participação política: “Participar na política significava, antes de mais nada, preservar a fundação da cidade de Roma” (Arendt, 2011a, p. 162).

A política romana encontra o seu sentido na recordação e preservação da experiência de fundação da cidade. Diferente da visão grega do mundo, na qual um sujeito poderia sair de Atenas e fundar outra polis, no mundo romano era impossível fundar outra cidade e todas as colônias representavam apenas uma extensão de Roma (Arendt, 2011a).

A religião de Roma preserva a origem da palavra, a saber, o caráter de religar-se, no sentido de estar ligado ao passado de fundação da cidade. Diferente da experiência grega, na qual os deuses habitavam o Olimpo, em Roma: “O poder coercitivo da fundação era ele mesmo religioso, pois a cidade oferecia também aos deuses do povo um lar permanente” (Arendt, 2011a, p. 163). Segundo a autora, é este o contexto que possibilita a emergência do conceito de *auctoritas*, desconhecida no vocabulário grego, derivada de *augere*, que significa aumentar, crescer e engrandecer. “Aquilo que a autoridade ou os que de posse dela aumentam é a fundação” (Arendt, 2011a, p. 164).

Os que eram dotados de autoridade eram os anciões, o Senado e os patrícios, os quais a obtinham através da descendência daqueles que tinham lançado as fundações da cidade de Roma. Ou seja, a posse da autoridade era perpassada pelo fio da tradição. No entanto, a autoridade não se confunde com o poder. Enquanto a primeira é a ligação com um passado glorioso que deve ser respeitado e aumentado, a última é a ação orquestrada dos homens no presente. Não estando ligada ao poder, a autoridade é “mais que um conselho e menos que uma ordem” (Arendt, 2011a, p. 165). A força da autoridade em Roma está intimamente ligada à força religiosamente coercitiva do ato de fundação que, na função de fazer aumentar esta mesma fundação, não determina o caminho do futuro, mas aprova ou desaprova as ações humanas: “Também os deuses têm autoridade entre, mais que poder sobre, os homens; eles ‘aumentam’ e confirmam as ações humanas, mas não as guiam” (Arendt, 2011a, p. 165).

Interessante notar que não havia autoridade somente na política. Os romanos pensavam na autoridade em diversas dimensões e acabam por eleger Platão e Aristóteles como autoridades (ou pais fundadores) em matéria do pensamento e da filosofia.

A Igreja Católica acaba por herdar o modelo político da autoridade romana com o fim do império, imbuindo-o de uma nova feição: se, em Roma, a política se sustenta em formas diversas de autoridade, nesse novo momento a fundação romana é substituída pelo momento de nascimento e morte de Cristo. Segundo Jardim (2011, p. 42), “[e]sse suporte, de grande estabilidade, garantiu a longevidade de mil anos da Igreja cristã, até que a revolução intelectual que marcou o advento da Era Moderna alterasse esse quadro”.

CAPÍTULO 4. Humanização: as perspectivas existentes e um outro olhar possível

4.1 A humanização e seus referentes

A humanização aparece, nas publicações selecionadas, como um movimento crescente, tanto do ponto de vista dos diferentes sentidos que a sua polissemia pode assumir (Deslandes, 2004a; Fortes, 2004; Ferreira, 2005; Gomes et al., 2011; Pasche et al., 2011; Rebello; Neto, 2012; Ferreira; Araújo, 2014), quanto na diversidade de propostas de intervenções eleitas. Dentro desta diversidade de frentes de humanização, podemos elencar a busca por um certo ideal, na qualidade de fundamento comum entre elas, que representa “[...] uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos” (Puccini; Cecílio, 2004). Cada uma dessas publicações se detém sobre um conjunto específico de questões práticas, às vezes teóricas, comportamentais e históricas, com o objetivo de criticar o instituído ou propor uma nova dimensão humanizadora.

Esses pesquisadores se debruçam sobre temas bastante distantes prática e teoricamente entre si, tais como: a melhora ou a mudança da relação profissional-usuário (Schraiber, 1997; Puggina; Silva, 2005; Calvo-Gonzalez, 2011; Gomes et al., 2011; Gomes; Schraiber, 2011; Mota; Schraiber, 2013; Hermes; Lamarca, 2013), a crítica do modelo biomédico de atenção à saúde (Costa, 1999; Puccini; Cecílio, 2004; Ferreira, 2005; Rios, 2009a; Sá, 2009; Scholze et al., 2009; Faria; Santos, 2011; Souza et al., 2011; Dantas et al., 2012), novas propostas de participação popular e mudanças nas estruturas gerenciais dos serviços (Azevedo, 2002; Vaz et al., 2005; Zobolli; Fracolli, 2006; Gelman et al., 2009; Guedes et al., 2009; Mori; Oliveira, 2009; Santos Filho; Figueiredo, 2009; Trad; Esperidião, 2009; Araújo; Pontes, 2012; Arruda; Silva, 2012; Dantas et al., 2012; Becchi et al., 2013), propostas de mudança ou críticas aos modelos de ensino na saúde (Costa, 1999; Shiratori et al., 2004; Lopes et al., 2007; Mota; Schraiber,

2011; Silva et al., 2014), entre outras e variadas proposições. Mesmo dentro de cada uma dessas temáticas, observa-se uma avalanche de diferentes intenções que trabalham com concepções de mundo completamente diversas, resultando em propostas humanizadoras de natureza totalmente distintas, por vezes contraditórias, que parecem só coincidir na bandeira da humanização.

4.1.1 A humanização essencialista: saudosismo da medicina liberal?⁵

Bastante comum nas publicações selecionadas é uma perspectiva essencialista da humanização, segundo a qual esse movimento teria o objetivo de resgatar uma “humanidade” que foi perdida. Essa essência humana perdida, vale lembrar, é um atributo que sempre aparece como uma falta direcionada aos trabalhadores. O viés essencialista traz consigo uma leitura saudosista da realidade através de uma postura bucólica do passado:

homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era –, esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica [...] (Gallian, 2000, p. 8).

A tese da essência perdida parece reduzir a questão a uma disposição pessoal dos trabalhadores, deixando de considerar o fato de que, se em tempos da medicina liberal uma base mais pessoal pôde se configurar, isso se deu pela normatividade do social à época. Por isso mesmo, nem essa base mais pessoal foi absoluta, nem ela aconteceu como oposição ao social e seus determinantes (Schraiber, 1993). Com isso, não é possível simplesmente regressar a essa base mais pessoal na atualidade,

⁵ Embora muitos pesquisadores das publicações referidas identifiquem-se como históricos, do ponto de vista filosófico o resgate de uma ética ou moral que ficou no passado é sempre de caráter essencialista, pois se ignora, necessariamente, o contexto histórico que conformou e foi conformado por determinadas diretrizes éticas e morais.

em que as normas sociais se dispõem de forma distinta. Também os elementos apontados como do conhecimento e do domínio daquele médico de outrora – a “alma humana” e a “cultura” – são hoje outros em relação àquela época.

Essa vertente, assim, propõe um caminho de retomada da essência humanística da atividade em saúde através de uma volta ao passado, a saber, ao médico de família nas conformações do “romantismo” de sua práxis técnica e moral. Observemos este outro excerto:

Embora o termo laico ‘humanização’ possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética (Rios, 2009a, p. 254).

Nessa perspectiva, a ‘humanização da essência perdida’, que podemos reconhecer no argumento da “recuperação” de valores “esquecidos” (até mais do que na qualificação de “perdidos”), por indicar a possibilidade de retorno ao mesmo valor em outro tempo histórico, negando rupturas históricas com outros valores vigentes, identifica no desenvolvimento da tecnologia o grande motor desse processo de “esquecimento dos valores” e, pois, de desumanização das práticas em saúde. Isso nos levaria a enfrentar, inclusive, “[...] uma decadência do comportamento humano. As relações pessoais estão perdendo a densidade ética e as estruturas sociais tornando-se, cada vez mais, francamente a-éticas” (Puggina; Silva, 2005, p. 573). Essas publicações encontram como causa dessa “frouxidão ética” ou da perda da “densidade ética” o avanço da tecnologia, sendo que grande parte das publicações aposta na educação, tanto por reformas das graduações em saúde, como pela educação continuada dos trabalhadores:

É necessário que o modelo pedagógico de educação se paute na problematização da realidade, de forma a garantir que, tanto na formação inicial (seja referente à graduação ou aos cursos técnicos), quanto na formação continuada (capacitação permanente dos trabalhadores), o sentido do humano seja resgatado como enfrentamento da prevalência do capital (Silva; Arizono, 2008, p. 7-8).

A proposta se formaliza na valorização de uma educação médica clássica (Silva et al., 2014) ou na introdução ou fortalecimento das ciências humanas nos cursos de saúde (Costa, 1999; Oliveira, 2002; Casate; Corrêa, 2006; Rios, 2009a; Gomes et al., 2011; Floss et al., 2013; Hermes; Lamarca, 2013). A primeira se apoia na literatura e na cultura em geral como combate à violência institucional em saúde. A segunda aposta na inclusão do ensino de ciências humanas, como antropologia, sociologia e história, nas graduações em saúde como solução para a questão da desumanização das relações em saúde.

Não é nossa intenção negar a experiência formativa que um clássico da literatura pode nos prover no sentido de nos afetar e transformar a nossa relação com o mundo. Também acreditamos no valor que o ensino de ciências humanas pode ter dentro das graduações de saúde, tais como a historização e relativização de entes que podem ser entendidos (e ensinados) como naturais, tais como doenças, técnicas e tecnologias. Mas acreditar que a simples existência dessa formação ou a presença dessas disciplinas, que se fundamentam em ideias tais como as desse excerto: “Tendo a cultura estética como uma forma de experiência educacional, o sujeito é levado à ampliação e ao desenvolvimento da sua capacidade de sentir” (Silva et al., 2014, p. 18), são propostas que incorrem em certas questões que precisam ser melhor problematizadas.

Em primeiro lugar, essas perspectivas reduzem a uma questão de formação escolar deficitária o complexo problema da violência institucional em saúde e da desumanização de suas relações. Assim, um passo fundamental na solução desse problema seria superar a ignorância dos profissionais em termos da cultura estética e dos conteúdos das ciências humanas. Os pesquisadores parecem ignorar que existe uma imprevisibilidade essencial no processo do aprender, ou seja, não existe uma relação de simples causa e efeito entre a apresentação de determinado conteúdo ao aluno e o efeito que este terá em sua formação. O caráter constitutivo do próprio contato do sujeito com os ditos conteúdos são os mais imprevisíveis e incontroláveis e, assim, estão sempre à margem dos

controles pedagógicos e das metodologias de avaliação na educação. Inclusive, “é justamente essa sorte de vinculação entre a formação do sujeito e o caráter público do legado cultural de um mundo que tende a ser diluído na ‘modernização pedagógica’ dos discursos contemporâneos” (Carvalho, 2015, p. 29). A discussão acerca da modernização pedagógica passa pela ideia de que vivemos uma época de expansionismo escolar, na qual cada vez mais aspectos da vida em sociedade necessitam ser objetos da pedagogia:

A contemporaneidade tem testemunhado um alargamento progressivo do raio da ação escolar, consubstanciado na multiplicação do rol de incumbências de seus profissionais. As missões atribuídas à escolarização não ocultam uma ambição ultrarreformista da sociedade, expressa numa multidimensionalidade de funções reparatórias ou salvacionistas dos usos e costumes dos segmentos populacionais sob sua guarda (Aquino, 2012, p. 1).

A visão na qual a educação seria a ‘tábua de salvação’ de todos e quaisquer problemas da contemporaneidade aparece como uma proposta reformista que procura buscar mudanças pontuais mínimas sem grandes alterações nas estruturas macrossociais de sobredeterminação dos fenômenos políticos e sociais.

Além disso, essa aposta iluminista na qual o esclarecimento (*Aufklärung*) seria o grande motor do progresso da humanidade é duramente criticada na segunda metade do século XX, principalmente nas análises da ascensão dos regimes totalitários realizadas por Adorno e Horkheimer (1985) e Adorno (1995). Para esses autores, o esclarecimento não pode mais ser visto como um bem em si mesmo, acima de todas as críticas, principalmente depois que a razão foi o grande instrumento que possibilitou o funcionamento dos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial⁶.

⁶ Podemos aproximar esse entendimento à análise de Arendt (1999) sobre o julgamento de Eichmann no pós-guerra. Para a autora, Eichmann apresenta-se como um homem que ao mesmo tempo é capaz de raciocinar mas incapaz de pensar.

As publicações selecionadas no campo da Saúde Coletiva, discutidas no capítulo 2, parecem operar uma cisão entre as ciências da vida e as ciências humanas no sentido que as primeiras, através de suas metodologias, deteriam uma potencialidade de violência, enquanto as segundas se constituiriam como essa força emancipatória do Iluminismo. Trataremos da relação entre ciência e Modernidade no capítulo 5, mas podemos adiantar que não nos parece que as causas da violência institucional repousem na ausência das ciências humanas na formação médica contemporânea, pois o “médico romântico”, ao qual essas publicações se referem, tampouco era formado em antropologia ou sociologia. A questão que se coloca e que discutiremos mais adiante é que uma série de outros conhecimentos que não têm fundamento científico foram excluídos da relação médico-paciente ou profissional-usuário, expressando uma importante mudança de valor no que diz respeito a essa relação.

Em segundo lugar, ampliando nosso escopo de análise, essa perspectiva essencialista parece depositar sobre os trabalhadores todo o fardo da responsabilidade sobre a violência institucional. Que cada homem ou mulher que objetifica o outro através de uma relação violenta tem sua responsabilidade é inegável. No entanto, ao analisar a violência institucional apenas através do indivíduo e de sua subjetividade, corremos o seguinte risco apontado por Puccini e Cecílio (2004, p. 1346): “Esse proceder estabelece um novo véu que se interpõe entre a realidade das coisas e os homens, mascarando-a, bem como às condições determinantes daquilo que se pretende mudar”. Quando a ocorrência da violência institucional em saúde é tão grande e tão disseminada, como mostram as publicações selecionadas, é fundamental que se analise questões macrossociais que estão sobredeterminando essas relações, tais como: a posição da ciência na Modernidade, a mercantilização das questões de saúde, o empresariamento da assistência e as novas conformações do trabalho em saúde.

4.1.2 Humanização como mudança nas relações intersubjetivas no âmbito dos serviços: a gestão participativa e o encontro clínico dialogado

A Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece o princípio da democratização da gestão como requisito da humanização em saúde. Através da transversalização das instâncias gestoras, a política reafirma a necessidade da descentralização e da autonomia dentro da rede de serviços (Brasil, 2004, 2006).

Essa aposta no incremento da participação popular e na democratização não aparece, como no caso anterior, como a busca de uma essência perdida; algo que era comum ao homem e que hoje precisa ser resgatado. Nessas publicações que se detêm sobre a questão da democratização da gestão, acredita-se que a proposta de instituição de uma gestão participativa teria a potencialidade de reverberar dentro de novos processos de subjetivação. Assim, embora sob a mesma bandeira da humanização, nessa perspectiva não se busca um resgate do passado, mas há a ideia de que os processos de subjetivação, ao mesmo tempo em que produzem a realidade, são produzidos por ela (Benevides; Passos, 2005b).

Existe um consenso entre esses autores (Benevides; Passos, 2005b; Ayres, 2006; Trad, 2006; Zoboli; Fracolli, 2006) de que, como fundamento do movimento do projeto de humanização, as questões sobre mecanismos de democratização na saúde devem ser enfrentadas, apesar dos desafios teóricos e práticos que permeiam esse debate.

Parte significativa das publicações tem como conteúdo relatos ou análises acerca da implementação de processos de gestão diferentes dos tradicionais, buscando uma maior participação de trabalhadores e usuários. No entanto, a maior parte dessas publicações selecionadas veem o entusiasmo sobre o tema dos mecanismos democráticos e a sua potencialidade, no que diz respeito à atuação sobre a violência institucional, ceder lugar para os problemas que surgem no momento de implementar essas mudanças. Assim, adjetivos como 'dilemas', 'limites', 'desafios' e 'problemas' comumente aparecem em seus títulos, resumos e discussão

(Gelman et al., 2009; Becchi et al., 2013). Essas publicações sugerem que o processo de participação social dentro dos serviços de saúde brasileiros ainda é bastante incipiente (Trad; Esperidião, 2009; Hennington, 2008; Mori; Oliveira, 2009) por conta das dificuldades de negociação com a gestão tradicional.

Por um lado, é bastante complexa a proposição de mudanças dentro de uma estrutura gerencial profundamente hierarquizada como a utilizada no setor público. Ainda mais difícil fica essa mudança se a gestão passa a não ser mais pública, mas realizada por entes privados por meio de OSS (Organizações Sociais de Saúde), o que parece ser a tônica das propostas de gestão em saúde a partir dos anos 2000.

As publicações que relatam experiências exitosas mostram uma melhora na relação entre os trabalhadores (Araújo; Pontes, 2012; Becchi et al., 2013) e a possibilidade dos trabalhadores repensarem seu cotidiano (Gelman et al., 2009; Dantas et al., 2012). Ou seja, essas publicações não se referem a mudanças de fato na maneira de gestão e no processo de tomadas de decisão dentro de um serviço de saúde. Denotam, antes, uma série de mudanças pontuais que não alteram o horizonte estrutural de funcionamento dos serviços.

A proposta de uma gestão participativa esbarra, ainda, nas questões referentes especificamente ao encontro clínico. A relativa autonomia de que gozam os profissionais no que se refere ao encontro clínico torna a questão ainda mais multifacetada. Pois será sempre preciso conciliar uma escolha decidida democraticamente, acerca de um determinado aspecto do funcionamento do serviço, com a autonomia técnica preservada dentro do espaço clínico. Assim, alterações nos processos de gestão não alteram, necessariamente, concepções medicalizadoras e redutoras que os profissionais possam ter acerca dos adoecimentos e de suas respectivas prevenções. Mudanças de gestão têm a potencialidade de que se agregue dimensões sociais e outros saberes dentro do espaço da clínica através, por exemplo, do aumento do tempo de consulta, mas não conseguem determinar as mudanças nessas concepções medicalizadoras e redutoras.

Embora nas tomadas de decisão dentro de uma gestão democrática todos os atores devam ser considerados iguais e que, dentro de uma democracia, a pluralidade de opiniões e o debate sejam vistos como virtudes de determinada comunidade, o mesmo não ocorre dentro da relação clínica. A relação estabelecida entre médico e paciente ou entre profissional da saúde e usuário não pode constituir-se em uma relação entre iguais. Essa questão será fundamentada e analisada justamente na próxima seção.

4.2 Poder, violência e autoridade: um outro olhar e algumas reflexões sobre os fundamentos das relações intersubjetivas nas práticas de saúde

Aí foram fazer o exame do toque, maldito exame do toque. Porque ele foi com toda vontade. Nossa, acho que doeu mais do que na hora do parto. Por isso que eu não gostei dele [médico]. Porque acho que ele não foi com... Se aquilo for delicado, o que não for delicado me matava [...] Aí veio uma médica [...] Tão boazinha, acho que ela tinha uns quarenta anos, mais ou menos, tão boazinha ela era. Ela estourou minha bolsa, fez o exame de toque e eu não senti tanta dor quanto a do homem (Aguiar; d'Oliveira, 2011, p. 88)

No capítulo 2, caracterizamos a produção selecionada no campo da Saúde Coletiva como majoritariamente empírica, composta de muitas entrevistas e bastante ligada ao uso das representações sociais como referencial para as interpretações dessas entrevistas, ainda que sob leituras muitas vezes apenas descritivas dessas representações e com pouco uso analítico dos conceitos relativos à teoria das representações sociais. Se, por um lado, essas características levam a uma confusão e a um frágil delineamento entre os diferentes conceitos de humanização ou de desumanização utilizados, restringindo de certa forma as interpretações, por outro lado, essas publicações nos fornecem uma fotografia das graves situações que os usuários passam dentro dos serviços de saúde no Brasil.

Poder, violência e autoridade apareceram como conceitos correlacionados entre si nas publicações selecionadas do campo da Saúde

Coletiva. Grande parte dos pesquisadores defende, em interpretação bastante próxima do senso comum sobre esses distintos conceitos, que poder e autoridade são a mesma coisa, isto é, possuem os mesmos referentes, e que ambas as categorias condicionam o fenômeno da violência. Ou seja, que o fato da relação entre profissional e usuário ser aprioristicamente uma relação entre desiguais não apenas possibilitaria, mas até estimularia a aparição do fenômeno violento, sendo este, ademais, um 'excesso' de poder ou de autoridade.

4.2.1 A autoridade e o poder nas publicações selecionadas

Os pesquisadores cujas publicações examinamos parecem entender que a autoridade profissional usurparia a fala e o saber do usuário. Um exemplo disso é o seguinte excerto: “As mulheres, por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber” (Wolff; Waldow, 2008, p. 150).

Além disso, essa autoridade profissional, segundo esses pesquisadores, deveria ser, de toda forma, evitada, como mostra o seguinte exemplo:

A dura realidade nos mostra que os enfermeiros estão, em sua grande maioria, insatisfeitos com o seu trabalho e com o reconhecimento da profissão; tem dificuldade de se comunicar com o paciente sem deixar de demonstrar autoridade (Puggina; Silva, 2005, p. 578).

A autoridade também aparece como aquilo que justificaria o controle, o que demandaria submissão e obediência:

Espera-se da mulher uma atitude de submissão, de obediência, de passividade, de silêncio e de aceitação da autoridade do profissional como aquele que tem o direito de controlar e prescrever os horários, as expressões, a mobilidade, entre outros comportamentos (Bispo; Souza, 2007, p. 24).

A autoridade aparece também como fundamento de uma relação violenta entre os próprios profissionais (Fontes et al., 2011), inclusive de modo que sejam equacionados autoridade e tirania (Guedes et al., 2009).

O poder aparece, nas publicações selecionadas, com um uso bastante semelhante ao de autoridade. Inclusive, diversas vezes esses conceitos aparecem juntos, tal qual sinônimos: “Líderes, muitas vezes, com o intuito de manter seu status e poder, impõem o autoritarismo para conseguir o que desejam, utilizando-se muitas vezes de táticas verbais para enfraquecer o liderado” (Fontes et al., 2011, p. 820). Entende-se, nesse trecho, que o poder seria, primeiramente, a imposição da vontade do líder em relação aos liderados.

O poder também é tratado como tendo dentro de si a possibilidade do exercício de uma violência, como se esta fosse intrínseca ao próprio poder. Segue um exemplo de como autores do campo entendem o ‘poder’:

quando a violência física, psicológica ou moral é praticada direta ou indiretamente por uma pessoa ou grupo de pessoas, contra outra pessoa ou grupo de pessoas ou coisas. A violência é apenas o instrumento ou a expressão do poder, e este é o cerne da questão (Padilha et al., 2004, p. 725).

Pode-se perceber, então, que ter ou deter poder, na percepção desses pesquisadores, parece ser sempre uma qualificação negativa, como se a qualquer momento se pudesse ‘deslizar’ para a violência. Com isso bem que poderíamos questionar: qual a validade, então, do incentivo a um empoderamento, seja dos profissionais ou dos usuários dos serviços? O próprio princípio organizador do SUS relativo à ‘participação popular’ restaria com qual significado nessa situação?

Em um plano mais concreto das práticas de saúde, o poder é visto como a ocultação por parte dos profissionais de informações sobre os procedimentos e o estado de saúde dos usuários, cujo objetivo seria, como no caso da autoridade, tornar mais desigual a relação entre profissional e usuário. Cumpre esse mesmo papel a desqualificação dos saberes do usuário e a objetificação de seu corpo:

Os pilares fundantes da gênese da violência e do poder simbólicos nas ações e na prática médica, estavam, nesta pesquisa relacionados com vários aspectos que se relacionam à informação, à comunicação, à mistificação, à desqualificação e à objetificação presentes nas diferentes maneiras como se constrói a relação entre os médicos e sua equipe de um lado e, de outro, a clientela do serviço estudado (Pereira, 2004, p.393).

O poder é compreendido como o caminho que levaria à imposição da vontade dos profissionais sobre os corpos dos usuários; toda forma de cerceamento de liberdade, inclusive a decisão sobre vida e morte: “É por meio do exercício do poder que existe a possibilidade de alguém decidir sobre a vida do outro, obrigando, proibindo ou impedindo a liberdade” (Bispo; Souza, 2007, p. 21).

Desse modo, as publicações selecionadas do campo da Saúde Coletiva tratam a origem do problema da violência, e, portanto, a sua solução, como estando na diminuição do poder e da autoridade dos profissionais, pois dessa forma seriam respeitados os corpos dos usuários e considerados seus saberes sobre si mesmos. E então terminaria, assim, a violência na saúde.

Parte do campo da Saúde Coletiva parece compreender que o contrário da assimetria é a emancipação: “A proposta de humanização é um referencial importante para transformar a relação profissional-paciente fortemente hierarquizada, numa interação emancipatória” (Gomes et al., 2011, p.443); e, portanto, sugere que a relação entre profissional de saúde e usuário seja menos assimétrica como solução para o problema da violência.

Inclusive, autores do campo defendem que a essência do poder dos profissionais sobre os usuários seria a de sustentar essa assimetria através do desconhecimento, sendo um exemplo disso o seguinte:

Esse desconhecimento coloca-a [a mulher] em uma posição de submissão em relação ao poder médico. Deste modo, para estes profissionais da saúde, este entendimento torna-se interessante à manutenção dessa condição de inferioridade construída no decorrer da história (Bispo; Souza, 2007, p.22).

Parece-nos que estamos, assim, diante não apenas de compreensões das categorias de poder, de violência e de autoridade que anulam as distinções desses conceitos entre si, mas também da ausência de distinção entre o plano da ação técnica e aquele da ação moral que, de fato, estão articulados no trabalho em saúde, como apontou Schraiber (1993, 2008, 2010) a propósito do trabalho médico. O fato de que a técnica dependa da relação médico-paciente e que elementos morais, assim como ético-políticos e sociais, estejam implicados nessa relação – a ponto de a técnica em medicina poder ser caracterizada como uma técnica moral dependente (Schraiber, 1993) –, isso não quer dizer que a autoridade e a intervenção do profissional devam ser confundidas com uma ação de ordem moral. Mas tal proximidade da técnica com a relação interpessoal, que foi historicamente construída na fase da medicina liberal (Schraiber, 1993), muitas vezes faz o médico passar da intervenção técnica à ação moral como se fosse um contínuo de mesma autoridade (Schraiber, 2010).

Um bom exemplo nesse sentido é o modo como alguns profissionais se posicionam diante da sensível e delicada questão do aborto, com deslocamento fácil da autoridade técnica para uma autoridade de cunho moral e da intervenção técnica para o aconselhamento moral (Castro; Gómez, 2010). Nesse caso, trata-se de uma autoridade técnico-científica que invade normatizando a experiência de vida do paciente. Invalida, assim, o saber sobre adoecimentos ou tratamentos e cuidados de si, que decorrem dessa experiência de vida, qual seja, o ‘saber prático’ do paciente (Ayres, 2009) ou a sua competência própria no lidar com a sua enfermidade (Cyrino, 2009).

Com o objetivo de desfazer o mencionado nó conceitual das publicações examinadas que utilizam diferentes conceitos como um só, homogeneizados, buscamos referências em autores externos ao campo da Saúde Coletiva brasileira. Esperamos assim subsidiar novos estudos no sentido de, ao distinguir poder, autoridade, violência, desumanização, conseguir construir um olhar que também possa diferenciar a autoridade técnica daquela moral e construir uma aproximação do trabalho em saúde

em que os domínios técnico-científico e ético-moral estejam inscritos, presentes, mas que não fiquem confundidos ou homogeneizados.

Ao contrário dos autores das publicações selecionadas do campo da Saúde Coletiva que enxergam a autoridade como um problema pela sua predominância na contemporaneidade, a análise histórico-interpretativa de Arendt constata a existência de uma profunda crise da autoridade no mundo moderno, que culmina nos regimes autoritários do século XX.

Como já expusemos no capítulo 3, a autoridade é entendida por Arendt como um tipo específico de relação assimétrica entre dois indivíduos. Essa dada assimetria não está pautada na violência, pelo contrário, pois todo uso da violência representa, necessariamente, o fracasso da autoridade (Arendt, 2011a).

Tampouco esta relação assimétrica está pautada no convencimento, ou persuasão, já que esse só pode existir dentro de uma relação entre iguais, ou seja, simétrica. A autoridade, então, se pauta no próprio reconhecimento da condição desigual da relação dos dois polos.

A relação entre profissional e usuário dentro dos serviços de saúde não é outra senão hierárquica. A razão de ser dessa relação é justamente a desigualdade de saberes acerca das práticas terapêuticas entre um e outro. Não existe possibilidade de uma relação entre iguais se constituir dentro do espaço clínico, pois a desigualdade sobre os saberes da cura e da restauração da saúde é justamente o motor dessa relação; se o paciente não achasse que o médico sabe mais do que ele sobre o funcionamento das doenças e sobre como curá-las, certamente não o procuraria. No entanto, trazer para dentro da relação clínica os saberes do usuário/paciente sobre seu corpo e suas mazelas – como já antes mencionado a propósito dos conceitos de êxito técnico e sucesso prático (Ayres, 2009) – não significa que a relação deixará de ser assimétrica e operará tal como entre iguais, através do argumento e da persuasão. Antes, essa inclusão de seus saberes traz uma ampliação da clínica estritamente biomédica, de um lado, para aspectos que são sociopolíticos da vida do usuário e, de outro, para seus desejos e aspirações sobre o bem viver.

Através da historiografia do conceito de autoridade realizada por Arendt⁷, podemos analisar a autoridade médica e, assim, apresentar nossa hipótese de que esta autoridade está em crise. Além disso, nos cabe analisar como essa crise da autoridade se relaciona com a violência em saúde. Como já expusemos no capítulo 3, a autoridade em Arendt está intimamente ligada ao conceito de tradição. Dessa forma, é necessário agora apresentarmos a seguinte questão: de que tradição a autoridade médica se desligou e o que aconteceu com essa posição que significava emitir “mais que um conselho e menos que uma ordem” (Arendt, 2011a, p. 165).

4.2.2 A tradição em medicina

Em Arendt, a tradição é constituída pelos postulados do passado que ajudam os homens do presente nos momentos de decisões, de crises, de dificuldades e de mudanças. Os alicerces da tradição são corroídos pela Modernidade, com o novo lugar da ciência e da tecnologia na vida da sociedade. Assim, esse fio que ligava o passado ao futuro, esses elementos, que permitiam aos homens mudar o mundo ao mesmo tempo em que o conservavam, foram rompidos pela ciência Moderna através do imperativo da dúvida cartesiana, que põe em cheque toda forma de autoridade, de hierarquia e de herança do passado sobre o presente.

É necessário pensar a que tradição a medicina se liga, a saber, que tipo de elementos ajudou os médicos, através da história, a nomear e a selecionar, a transitar e a preservar. Quais elementos lhes indicavam os rumos a serem tomados? E, principalmente, como essa tradição entrou em crise?

Seguindo as entrevistas realizadas por Schraiber (2008) com médicos paulistas, do ponto de vista das dinâmicas produtivas de uma dada

⁷ Importante notar que Arendt realiza a historiografia do conceito de autoridade ligada às mudanças nas instituições políticas e seus fundamentos na Grécia Antiga e Roma. Nosso trabalho se dá na transposição dessa reflexão para o campo da relação clínica que, embora político, tem uma natureza diversa.

sociedade, a tradição da medicina está ancorada no ideário do trabalho liberal, ou seja, naquele trabalho no qual o produtor detém o controle sobre os meios de produção de seu trabalho e o fluxo de sua clientela. Assim, o médico como profissional liberal detém uma autonomia de caráter mercantil – em razão da ampla liberdade na execução de sua prática como produção social de um serviço e da liberdade na fixação de sua remuneração –, a que irá se somar a autonomia técnica, além da autonomia da organização e do controle de seu serviço (Schraiber, 2008).

Donnangelo (1975) definirá tal condição – posse dos meios de produção, controle sobre o fluxo da clientela e liberdade na execução técnica – como ‘autonomia típica’, em contraste com as mudanças na passagem para a medicina tecnológica e empresariada, tal qual apresentada no capítulo 1. Como expusemos anteriormente, a passagem para a medicina tecnológica empurra a categoria médica para o trabalho assalariado, no qual ela não tem a posse dos meios de produção do serviço, tampouco o controle sobre o fluxo da clientela, detendo apenas uma relativa autonomia sobre a execução técnica do trabalho.

O imaginário social que conformou o referente tradicional da medicina é o do médico que carregava uma pequena maleta e ia até a casa dos pacientes portando pouco mais que seu estetoscópio, conhecia a casa, os familiares, o trabalho e os costumes de seu cliente. Munido de pouca tecnologia, tanto na forma de instrumentos como de medicamentos, esse profissional fundamentava suas decisões clínicas tanto nos elementos anátomo-fisio-patológicos da transposição do corpo abstrato da ciência para o caso concreto, quanto nas dinâmicas da vida e do trabalho, nos costumes e nas condições sociais de seus pacientes.

Além de ancorar a decisão clínica nos saberes científicos, na análise das condições sociais e sanitárias do paciente e no próprio saber do doente sobre seu corpo e sua doença, esse referente tradicional da medicina tinha, ainda, outra fundamentação: a própria experiência do médico.

Schraiber (2008) mostra que o tempo da medicina liberal se caracterizava por um tempo em que o saber prático, a experiência do

cotidiano de trabalho, tinha lugar na prática clínica. Essa experiência aparecia, por exemplo, quando um médico jovem era tutorado por um mais velho e, por vezes, se aconselhava com ele. Esse aconselhamento tem uma dimensão fundamental: mostra que essa transposição dos entes abstratos da ciência para o corpo real de um sujeito inserido em determinada sociedade, com determinada história e possibilidades materiais, não é algo simples e nem direto. Por vezes essa transposição tem um caráter complexo, uma série de pesos e medidas para serem avaliados e balanceados, a fim de se chegar à melhor decisão em termos tanto de julgamento quanto de escolha da terapêutica. Nesse sentido, a experiência pregressa do médico, em casos semelhantes ou não, tem seu lugar, já que nem sempre a primeira e mais óbvia resposta dada pelo conhecimento científico é a melhor. Entram em jogo as possibilidades econômicas, as disposições materiais, os efeitos colaterais na vida do paciente e as possíveis iatrogenias.

A crise da tradição do trabalho médico é o rebaixamento de todas essas formas de saber – do paciente sobre seu corpo e sua doença, do médico sobre tudo aquilo que envolve o seu paciente para além do corpo e da doença e, por fim, da própria experiência do médico – em relação ao conhecimento anatomo-fisio-patológico da ciência.

Na medicina tecnológica, como o próprio nome aponta, a ciência se tornará o grande crivo do trabalho médico, através de suas renovadas técnicas, de maquinarias e dos mais diversos tipos de novas tecnologias. Essa maquinaria será responsável por empurrar a classe médica ao assalariamento com a posterior perda do controle sobre o fluxo de clientes e sobre os meios de produção de seu trabalho.

Sem poder apelar para essa outra gama de saberes – da sua experiência pregressa e dos médicos a sua volta, assim como dos saberes dos pacientes acerca do seu corpo e do seu adoecimento – e tendo perdido o controle sobre os meios de produção e o fluxo da clientela, ao médico só resta a confiança absoluta nos aparatos tecnológicos, rompendo, assim, nos termos de Arendt (2011a), o fio que liga o passado ao futuro.

Mesmo que a medicina de caráter liberal tenha existido no Brasil por tão pouco tempo, chama a atenção como ela deixou suas marcas nesse sentido de tradição. Embora esse tempo já tenha passado, essa imagem clássica da atividade médica ainda persiste tanto na população em geral, quanto nos próprios médicos, como mostram Schraiber (2008) e Gomes (2010).

Essas noções residuais da prática médica liberal criam uma conformação bastante única do trabalho médico contemporâneo em relação às outras categorias de trabalhadores. Seguindo a forte ligação entre tradição e autoridade na obra de Arendt, analisamos, agora, a autoridade médica.

4.2.3 A autoridade médica

Após mostrarmos como a tradição médica se estabelece na modernidade, consideramos necessário compreender quais foram os elementos dentro da profissão que transformaram a figura do médico em autoridade. Para o sociólogo Paul Starr (1982), o poder médico se funda na autoridade técnico-científica da profissão a partir da legitimidade científica de seus conhecimentos e da dependência da sociedade em relação a esses mesmos conhecimentos.

A autoridade médica, assim, teria origem na possibilidade dos grupos profissionais organizados criarem novas formas de dependência em relação a seus conhecimentos e sua competência. O que dá um caráter distintivo a essas relações de dependência entre o público consumidor e a profissão é o fato dos grupos profissionais, através dos mais diversificados mecanismos institucionais, conseguirem colocar, na qualidade de verdades, as suas interpretações do mundo e transformá-las em referências sociais e subjetivas que ajudam a compreender o mundo e a nossa realidade. A este tipo especial de autoridade Starr (1982) denomina autoridade cultural, na qual o médico é procurado e consultado pelos consumidores.

De outro lado, como lembra Freidson (2009), ao se constituírem ao longo do século XIX como ‘homens de Estado’, pelo modo como participaram da construção do Estado Moderno, os médicos também puderam criar normas de fortalecimento de sua corporação e de progressiva legitimação de seus conhecimentos técnicos e das ciências biomédicas que os amparam.

No entanto, eles não detêm o poder de impor determinado tratamento, caso o paciente se recuse a fazê-lo. A medicina é uma profissão consultante e como tal é buscada espontaneamente pelos pacientes, que o fazem por estarem aculturados nessa mesma ordem social, partilhando da medicalização das determinações sociais do adoecimento (Freidson, 2009). Esse processo dá-se tanto pela educação das populações, que instrui no sentido de defender e justificar a eficácia técnico-científica da prática médica, como pela conquista da confiança no encontro clínico (Schraiber, 1993).

À eficácia técnico-científica e ao desenvolvimento de vínculos na relação médico-paciente – que cria um ambiente de confiança mútua, mesmo que em assimetria de autoridades dos sujeitos envolvidos –, corresponderá o processo material de configuração da prática profissional e o processo de formulação e de aculturação em um ideário, o qual identificamos como a ‘tradição da profissão médica’. Ocorre que parte desse ideário permanecerá até hoje, sobretudo aquele referido à autoridade cultural, e isso acontece mesmo com a mudança de diversos valores e virtudes que estavam presentes à época de sua construção e em contraste com as profundas mudanças recentes da conformação material, institucional e técnica da profissão.

A disponibilidade do médico liberal de ir até a casa do paciente, inclusive em emergências durante a noite e a madrugada, transmuta-se, na medicina tecnológica, em um trabalho de 60 horas semanais e na disponibilidade para plantões intermináveis. A conversa, que antes se apresentava como um método de compreensão global sobre o caso, a vida e o contexto do paciente não muda de nome, mas se torna entrecortada e interessada apenas nas pistas que a fala pode trazer para o diagnóstico

científico. Isso mostra, antes de tudo, como a disponibilidade para o cuidado transformou-se, através das mudanças supracitadas, em condições de trabalho desumanas para os profissionais.

A autoridade médica, dessa forma, se ancorou na história da profissão através da eficácia de sua prática e da qualidade de seus vínculos de confiança, que permitiam ao médico diagnosticar, propor terapêuticas e seguir a evolução de seus pacientes. Os vínculos de confiança são o que liga a relação atual ao passado de cuidado da tradição médica. É através dele que a autoridade pode se estabelecer já que, como coloca Arendt (2011a), o que conecta os dois polos da relação é o próprio reconhecimento que esta só existe através de uma assimetria, ou seja, a legitimidade da autoridade se assenta no lugar estável e determinado que ambos reconhecem. Não se trata, portanto, de uma relação entre iguais. A relação entre médico e paciente nunca pode ser uma relação entre iguais principalmente porque a assimetria é a própria *raison d'être* do estabelecimento da relação. É através da confiança que o paciente tem no médico e em seus saberes que a autoridade pode se estabelecer como “mais que um conselho e menos que uma ordem” (Arendt, 2011a, p. 165). Esses vínculos se esgarçam na medicina tecnológica iniciando o processo que diminui a autoridade médica ao invés de aumentá-la, ou seja, o contrário do que defendem as publicações selecionadas do campo da Saúde Coletiva.

A relação clínica muda excepcionalmente na passagem da medicina liberal rumo à medicina tecnológica. Como já colocamos, a profissão médica adquire reconhecimento como autoridade no campo da saúde através da eficácia de suas técnicas na restauração dos corpos e da construção de vínculos interpessoais nos quais médicos e pacientes se reconhecem como sujeitos em uma relação fundamentalmente assimétrica. Na medicina liberal (Schraiber, 2008), a construção dessa relação ancorou-se na crença dos médicos em seus próprios discernimentos, ou seja, eles efetivamente acreditavam-se capazes de usar bem a articulação entre o científico e a experiência prática, o que reforçava a pessoa do médico como referente da intervenção prudente e segura. E para isto também se dispunham,

profissionalmente, a sempre acompanhar suas próprias intervenções e os decorrentes desdobramentos clínicos, seguindo muito de perto seus casos, assim como se mostravam acessíveis para qualquer necessidade de revisar a terapêutica adotada, já admitindo a possibilidade e a necessidade dessa revisão. Foi com base nessa moral de conduta profissional que se construiu a confiança na prática liberal. Assentou-se tal confiança na disposição de pensar sobre o caso, ao julgá-lo, e na disposição de acompanhá-lo.

O empresariamento do trabalho em saúde, tanto por parte do Estado quanto da iniciativa privada, muda a relação, no sentido que o cidadão não procura mais o médico que lhe foi indicado, se consulta com ele e, através de uma avaliação da qualidade do vínculo, escolhe se permanece com ele ou não. Agora, o cidadão procura o médico que está nas listas do plano de saúde, o que trabalha na UBS da sua região ou então o que está de plantão no hospital. Da parte do profissional, ocorre fenômeno semelhante: como seu cliente não o acessa de maneira direta, o médico só tem acesso aos pacientes através do hospital, do Estado ou do plano da saúde.

Assim, a relação entre médico e paciente passa a ser sobredeterminada por um ente externo. Estado ou empresa privada passam a determinar como essa relação ocorrerá, qual será o valor pago e recebido pelo serviço, onde serão as consultas, quais os instrumentos, tecnologias e medicamentos disponíveis e quanto tempo as consultas durarão. A precarização dessa relação leva necessariamente a despersonalização dos entes envolvidos. O médico é só o nome que consta na lista do convênio e o paciente se torna um número na fila do atendimento.

Pereira (2014, p.393) entende esse aspecto como o rebaixamento do paciente pelo poder médico: “Apresentar-se, falar o próprio nome ou informar porque está se fazendo esse ou aquele procedimento fica reservado quando a relação se dá entre iguais ou, pelo menos, entre indivíduos que se reconhecem como tal”. Mas nossa interpretação defende que se trata de um rebaixamento dos dois entes da relação, tanto do médico quanto do paciente, em detrimento da empresa que detém a posse do controle do serviço. E esse aspecto pode ter sido obscurecido, de um lado,

pelo poder que os médicos conquistaram, junto ao Estado, de autorregular e auto avaliar a profissão como um todo (Freidson, 2009), e, de outro, por serem os próprios médicos, ainda que não todos, corresponsáveis por essas mudanças em seu mercado de trabalho.

Mas essa transformação é de algum modo percebida por médicos e pacientes na ideia que, embora a medicina vá muito bem nos seus avanços tecnológicos, a esfera relacional vai muito mal (Schraiber, 2008; Gomes, 2010). Com o esgarçamento do vínculo e a entrada de um ente intermediário entre os polos da relação, a autoridade se esvazia. Essa nova relação se inverte então e a empresa que estava como intermediário passa agora a ocupar o lugar de autoridade, enquanto o profissional torna-se o intermediário dessa relação. O profissional, destituído do controle sobre os meios de produção do trabalho e do fluxo de clientela, fica somente com a autonomia técnica. E mesmo assim, relembremos, a nova posição ocupada pela tecnologia em todo esse processo, inclusive aquela que é meio de disseminação do conhecimento científico e técnico, não deixa de permanentemente oferecer oposições e tensões ao julgamento e à decisão dos médicos. Assim, contemporaneamente, esse profissional aparece para a população leiga como um mero intermediário que, por vezes, burocratiza e atrapalha o seu acesso à tecnologia ou aos medicamentos.

Um argumento bastante comum dentre as publicações selecionadas (Costa, 1999; Puccini; Cecílio, 2004; Ferreira, 2005; Rios, 2009a; Sá, 2009; Scholze et al., 2009; Faria; Santos, 2011; Souza et al., 2011; Dantas et al., 2012) seria o de que a ciência biomédica, de posse do profissional médico, seria imposta para o usuário/paciente, anulando os saberes que este tem acerca de seu próprio corpo e de seu próprio adoecimento, e conformando, por vezes, práticas violentas. Não discordamos totalmente dessas colocações, mas nos parece que o lugar que a ciência e a tecnologia ocupam na contemporaneidade atinge um espectro ainda maior do que a relação da biomedicina com o encontro clínico. Parece-nos necessário uma leitura mais ampla desse fenômeno para fomentar novas visões sobre a relação entre o homem e a ciência que ele produz.

CAPÍTULO 5. Ciência e Técnica na Modernidade

Com o objetivo de compreender a relação entre biomedicina e profissionais de saúde enquanto um caso particular da nova relação que se estabelece na Modernidade entre homem e conhecimento científico, apresentaremos as reflexões de Hannah Arendt sobre a ciência em sua relação com o homem, principalmente dentro de *A condição humana* e de *A vida do espírito*. Nesses trabalhos, surge um tema constantemente tratado na obra de Arendt: a possibilidade do exercício do pensamento entendido como busca de significados. É necessário, assim, retomarmos o conceito de significado dentro da modernidade e as diversas implicações desse conceito tanto sobre a ciência como sobre a filosofia e, em última instância, sobre a própria condição humana. Este trajeto nos leva a analisar a interpretação de Arendt acerca da intenção kantiana de resgatar a ciência do ceticismo, assim como da aceitação do instrumentalismo como *concepto* científico, a fim de abrir espaço para o pensamento de significados.

Primeiramente, Arendt (2011a) constata que a Idade Moderna teve seu caráter determinado por três eventos que continuam a se desenvolver ainda nos dias de hoje: o descobrimento da América, a Reforma Protestante e a invenção do telescópio. Do ponto de vista da ciência, o que constituiu um fato essencialmente novo não foi a invenção do telescópio, mas:

O que Galileu fez e que ninguém havia feito antes foi usar o telescópio de tal modo que os segredos do universo foram revelados à cognição humana 'com a certeza da percepção sensorial'; isto é, colocou diante da criatura presa à Terra e dos sentidos presos ao corpo aquilo que parecia destinado a ficar para sempre fora do seu alcance e, na melhor das hipóteses, aberto às incertezas da especulação e da imaginação (Arendt, 2010, p. 272).

Este evento não somente determina, para Arendt, o ponto arquimediano fora da Terra, a partir do qual a ciência poderá examinar o mundo, como também se configura como o ponto inicial do processo de

alienação em relação ao mundo (às obras dos homens), que é a grande marca da Modernidade.

Este evento, fundamental para a Modernidade, traz consigo para os homens sentimentos de triunfo e o desassossego do desespero (Arendt, 2010). O desespero é qualificado e observado como reação da filosofia frente à nova situação do mundo. Para Arendt, essa reação levou

[...] à dúvida cartesiana que fundou a filosofia moderna – essa ‘escola de suspeita’, como Nietzsche a chamou alguma vez – e que levou à convicção que, ‘de agora em diante, a morada da alma só pode ser construída na sólida fundação do mais completo desespero’ (Arendt, 2010, p. 273).

Apresenta-se aí a percepção da autora sobre quais caminhos o ceticismo vai adentrar a filosofia e, dessa forma, inaugura-se o momento no qual passa a ser impossível ao homem pensar em termos absolutos sobre qualquer temática.

Na concepção de Arendt (2010), a aplicação que Galileu fez do telescópio para a observação dos astros caracteriza um evento, ou seja, um fato de fundamental importância no âmbito da história humana, que não pode ser explicado por nenhuma cadeia causal⁸.

O caráter diferencial decisivo da experiência do telescópio está determinado pela comprovação prática de uma concepção teórica. Nesse momento, adquire singular importância a percepção sensorial. Em meio a essa crescente importância da percepção sensorial como elemento de prova de uma determinada concepção teórica, verifica-se uma diminuição da importância da metafísica e um sistemático e contínuo processo de separação de diferentes ramos da ciência do corpo da filosofia.

Newton foi um dos últimos cientistas que se referiram a seu trabalho como filosofia natural e já a partir de Kant pode-se dizer que a filosofia passa a seguir a ciência, ao invés de se caracterizar por fundamentá-la. Esse

⁸ Descartes tem uma opinião bastante diversa sobre o mesmo evento: o autor, em ‘A dióptrica’, texto anexo ao *Discurso do Método* (2006), traça um comentário bastante fundamental para se compreender o seu sistema de pensamento que propõe. Descartes diz que é um problema, na verdade, uma vergonha, que a luneta e outros instrumentos tecnológicos tenham sido inventados por tentativa e erro e não sejam frutos de uma investigação com uma metodologia rígida como a que ele propõe.

fenômeno traz um duplo efeito: em primeiro lugar, a filosofia se torna epistemologia, preocupada em criar uma teoria global da ciência (ou das ciências em específico, como acontece contemporaneamente), que aparenta não ser fundamental para o contínuo progresso da ciência. Em segundo lugar, a filosofia, através do filósofo, se torna “[...] aquilo que Hegel queria que fosse: porta-voz do *Zeitgeist*, expressão do estado de espírito de uma época” (Arendt, 2010, p. 307). Dessa maneira, Arendt nos mostra sua preocupação com o destino da filosofia. Para a autora, resta a dúvida: será que essa situação está relacionada à elevação da atividade prática, reino do *homo faber* (Arendt, 2010), a uma dignidade nunca antes vista ou, antes, ao desmoronamento do conceito de verdade, fruto da corrosão da tradição na época Moderna (Arendt, 2011a)?

Retomemos aqui a consideração de que o evento da aplicação do telescópio, por Galileu, para a observação astronômica é, para Arendt, o início do processo que levaria ao estabelecimento do ponto arquimediano na concepção e na prática científica. Três aspectos desse processo são fundamentais.

Em primeiro lugar, a partir desse momento, a ciência adquire um caráter universal: o ponto de vista de todos os processos está no cosmos, ou seja, a ciência passa a enxergar a realidade a partir de um ponto externo a ela. Com isso, todos os processos estão sob o jugo dessa ciência do universal através de seu ponto externo e mais importante, dado como neutro pela Modernidade. Os descobrimentos marítimos, antes mesmo do estabelecimento de meios de transporte que tornaram as distâncias sobre o globo terrestre irrelevantes, permitiram ao homem se apossar da Terra como um todo através do mapeamento, da métrica e do cálculo, reduzindo as distâncias físicas da Terra “a um tamanho compatível com os sentidos naturais e a compreensão do corpo humano” (Arendt, 2010, p. 263).

O segundo aspecto, profundamente correlato ao primeiro, é o rompimento da dicotomia entre céu e terra, que incorrerá em um duplo processo de alienação. Na primeira instância, diferentemente das metafísicas de Platão e Aristóteles, a ciência do universal postulará que não

existe diferença, em termos de essência, entre os entes terrestres e cósmicos. As mesmas leis, matematizadas, que se extraem da natureza da Terra, servem também para a natureza dos astros. Da mesma forma, o que se encontra no telescópio, no microscópio, dentro ou fora dos corpos, estará sempre submetido às mesmas leis de funcionamento. A segunda instância de alienação do mundo para o eu, que nasce, para Arendt (2010, p. 285), como o instante fundacional do subjetivismo filosófico, é a que segue:

Seria realmente insensato ignorar a coincidência, quase demasiado precisa, da alienação do homem moderno com o subjetivismo da filosofia moderna, de Descartes e Hobbes até o sensualismo, o empirismo e o pragmatismo dos ingleses, o idealismo e o positivismo dos alemães, o recente existencialismo fenomenológico e o positivismo lógico e epistemológico [...]. Como dissemos acima, não são ideias, mas eventos que mudam o mundo [...]. Seria igualmente insensato acreditar que o motivo pelo qual o filósofo desviou sua atenção das antigas questões metafísicas e voltou-se para uma variedade de introspecções – a introspecção na direção do aparelho sensorial e cognitivo, da consciência e dos processos lógicos e psicológicos – tenha sido o impulso resultante de um desenvolvimento autônomo de ideias.

É dessa forma que Arendt relaciona o nascimento das filosofias da subjetividade com os eventos da Modernidade – estando o homem alienado do mundo e da sua própria morada, a Terra, esses eventos condicionam a fuga do homem moderno para dentro de si mesmo pela introspecção. Ou seja, impossibilitado de encontrar refúgio no mundo que compartilha com os outros, o motor da dúvida cartesiana faz com que o sujeito só tenha segurança no saber de seu próprio eu. Essas mudanças condicionam não só o abalo da tradição como antiga referência sobre a qual se julgavam os fatos e atos do presente, mas a própria condição humana:

É próprio da natureza da capacidade humana de observação só poder funcionar quando o homem se desvencilha de qualquer envolvimento e preocupação com o que está perto de si, e se retira a uma distância de tudo o que o rodeia. Quanto maior a distância entre o homem e o seu ambiente, o mundo ou a terra, mais

ele pode observar e medir, e menos espaço mundano e terreno lhe restará (Arendt, 2010, p. 263).

Portanto, é no esteio desses eventos que nasce uma ciência que se pretende universal, neutra e distante do mundo e dos homens. Chegamos, assim, ao terceiro aspecto elencado por Arendt, a saber, a perda da capacidade de pensar em termos universais e absolutos, algo que, aparentemente, parece entrar em contradição com a ciência do universal da Modernidade. Arendt, então, nos traz uma distinção fundamental para compreendermos esse homem moderno, e, finalmente, o amparo necessário para o entendimento da relação entre o homem e a ciência na medicina tecnológica:

Tudo o que acontece na Terra tornou-se relativo desde que a relação da Terra com o universo se tornou o ponto de referência para todas as medições (...) (O problema é somente – ou pelo menos assim nos parece agora – que embora os homens possam fazer coisas de um ponto de vista ‘universal’ e absoluto, façanha esta que os filósofos jamais consideraram possível, perderam sua capacidade de pensar em termos universais e absolutos, e com isto realizaram e frustraram ao mesmo tempo os critérios e ideais da filosofia tradicional. Ao invés da antiga dicotomia entre céu e terra, temos agora outra entre o homem e o universo, ou entre a capacidade de compreensão humana e as leis universais que os homens podem descobrir e manusear sem jamais compreendê-las) (Arendt, 2010, p. 283).

O grande signo dessa revolução, que a diferencia de tudo o que já tinha ocorrido na história do pensamento, é o fato de que não foi a razão que alterou a concepção física do mundo, mas um instrumento construído pela mão do homem. Ou seja, a contemplação e a especulação, atividades fundamentais e as mais nobres desde Platão e Aristóteles, passaram a ser submetidas pela fabricação e, com ela, pela entrada em cena do *homo faber*.

Assim, séculos de discussões em relação à oposição entre a verdade sensual e a verdade racional, entre a capacidade inferior dos sentidos e a capacidade superior da razão no que diz respeito à compreensão da

verdade (Arendt, 2010), perdem seu sentido para os novos fundamentos que a Modernidade busca instituir.

O grande fundamento será a suspeita, tanto sobre a razão quanto sobre os sentidos, que, em Descartes, aparecem na metáfora como um gênio maligno que utiliza toda a sua indústria para enganar os homens (Descartes, 1983). A partir de então, Ser e Aparência estão mais afastados do que nunca, e correlativamente o desprestígio do real leva às últimas consequências a introspecção e o subjetivismo filosófico. Essa desvalorização do real tem como grande expressão o papel que a matemática tem dentro da nova ciência: ela é entendida como o fator capital que libertou o homem da necessidade das experiências terrestres.

Tal desvalorização aparece na área da saúde em duas dimensões distintas: no plano do desenvolvimento do conhecimento, e no plano das intervenções e do papel dos profissionais.

No plano do desenvolvimento do conhecimento, a ideia moderna é que seria possível, ou melhor, que seria ideal, um conhecimento adquirido e formulado de modo totalmente isolado no que diz respeito às variáveis. Assim, o conhecimento das patologias e dos adoecimentos tem seu desenvolvimento dentro das experimentações clínicas de maneira que são isolados os contextos sociais, históricos, econômicos e pessoais. E, para se construir um conhecimento, é sempre importante reiterar o universal e o abstrato, de modo a dizer respeito, ao mesmo tempo, a todos os corpos e a nenhum em específico. No caso do conhecimento sobre a saúde e os adoecimentos, o hospital moderno surge como o local privilegiado da experiência médica, clínica, apartada do mundo social e restrita às condições artificiais das enfermarias, tal como indicam Canguilhem (2010), Foucault (2011) e Schraiber (1989).

Ideologicamente, a ciência do universal é vista pelo público leigo, inclusive por parte dos produtores e operadores de tecnologia, como a forma mais evoluída na produção do conhecimento e a única matéria de acesso à verdade. É fundamental entender esse método como um e não como único. Para Arendt, este novo instrumento mental:

[...] abriu o caminho para uma forma inteiramente inédita de abordar e enfrentar a natureza na experimentação, [...] [o homem moderno] ao invés de observar os fenômenos naturais tal como estes se lhe apresentavam, colocou a natureza sob as condições de sua própria mente, isto é, sob as condições decorrentes de um ponto de vista universal e astrofísico, um ponto de vista cósmico idealizado fora da própria natureza (Arendt, 2010, p. 278).

Diferentes abordagens de acesso a determinado fenômeno são invalidados, desconsiderados e desvalorizados em detrimento a um acesso único por meio da experimentação clínica. Na saúde, essa leitura pode ser vista justamente nos diferentes conceitos sobre a doença.

Para Turner (1987), podemos classificar a imprecisa noção de doença em três distintas categorias: “*disease*, *illness* e *sickness*”. De maneira geral, podemos dizer que a primeira, “*disease*”, está baseada em um caráter anatomo-patológico das desordens, tal como formula Foucault (2011); a segunda categoria, “*illness*”, se refere à experiência subjetiva do adoecer; e a última, “*sickness*”, designa o sentido do adoecimento ligado às forças macrossociais culturais da determinação dos papéis dos doentes e das doenças dentro da sociedade. Essa abordagem mostra o adoecer para além do caráter biológico, colocando-o no lugar de constructo social nas sociedades modernas.

Ainda segundo Turner (1987), é digno de nota que a questão da divisão do trabalho existente na área da saúde, já que os médicos tomam para si a terapêutica das patologias (“*disease*”), os psicoterapeutas se ocupam das enfermidades (“*illness*”) e os cientistas sociais se voltam para compreender o adoecimento ou a doença socialmente construída (“*sickness*”). Turner (1987) aponta que o estatuto de cientificidade dos conhecimentos dessas profissões é hierarquizado, uma vez que a intervenção médica é socialmente vista como precisa, exata e científica, enquanto a interpretação do cientista social costuma ser vista como uma opinião.

A hierarquia diferenciada em relação ao estatuto científico desses conhecimentos produz o entendimento da patologia como entidade natural e

neutra sobre a qual o médico atuará a partir de técnicas e tecnologias cientificamente fundadas. Seriam, portanto, intervenções técnicas de caráter neutro sobre uma disfunção de origem natural. Assim, a confiança sobre essa ciência neutra cresce concomitantemente aos entes tecnológicos que produz. Todas as outras formas de conhecimento são então rebaixadas à segunda categoria frente ao aparato tecnológico.

Desse modo, deixamos de lado o conhecimento e a experiência pretérita do médico, o saber do paciente sobre o seu corpo e sobre o seu adoecimento. Nesse sentido, o campo da Saúde Coletiva parece formular, como já expusemos no capítulo 4, uma crítica ao fato de a biomedicina ser o único fundamento das práticas de saúde, identificando esse aspecto como um dos elementos responsáveis pela violência no serviço. Essas mesmas publicações pautam o ensino das humanidades dentro dos cursos de medicina como uma solução no combate à violência.

No entanto, parece-nos que a questão não está exatamente na ausência das ciências humanas dentro do curso de graduação de medicina, mas o modo como integram, ou deixam de integrar, os conhecimentos propriamente biomédicos. Quem, de fato, foi abandonada dentro do espaço clínico foi toda essa gama de saberes que não se encaixa na ciência do universal. Reforçando essa consideração, estão diversos autores, antes mencionados no capítulo 1, que, desde a perspectiva crítica da Saúde Coletiva, discutem esse abandono, seja como saber prático dos médicos, seja como aquele dos pacientes.

No plano das práticas e dos profissionais de saúde, a partir da ciência do universal, tudo pode ser objeto da desconfiança cartesiana e objeto de contestação. A autoridade parece se ‘desencarnar’ das figuras humanas que a detinham, os profissionais da saúde, para repousar sobre os produtos desta ciência tida ideologicamente como neutra. No caso particular da saúde, as indústrias farmacêuticas e de tecnologia biomédica parecem encarnar essa autoridade da saúde, que foi extraída dos profissionais da área.

As novas tecnologias e técnicas, dentro desse novo contexto, não têm somente o objetivo de curar mais e de restaurar melhor. Dentro do empresariamento no capitalismo, as novas técnicas e tecnologias aliarão o objetivo de melhoria da capacidade de restauração com as exigências da produtividade capitalista.

Nessa transformação ocorre, por exemplo, a troca do tempo de consulta e de anamnese por exames que, antigamente, eram chamados de complementares. Embora essa mudança acarrete um aumento da eficiência (do serviço e não da cura, cabe salientar), ela carrega consigo a substituição do sujeito-paciente, com todo o seu contexto de vida e história, pela aplicação quase que imediata da biomedicina do corpo abstrato da ciência para o corpo real.

Na outra ponta da relação, a importância que os aparatos tecnológicos ganham na contemporaneidade é tão grande que o profissional de saúde se torna um mero intermediário entre o paciente e a tecnologia na forma de exames, de tratamentos e de medicamentos. Esse processo de rebaixamento do julgamento do homem em relação ao poderio da maquinaria é, para Arendt, característico da modernidade. Para a autora (2014), a comprovação telescópica de que é a Terra que gira em torno do sol e não o contrário, realizada por Galileu, eleva ao posto de crivo da verdade os instrumentos criados pelo homem, instaurando de maneira generalizada a desconfiança sobre os sentidos humanos em relação à busca da verdade. A desconfiança sobre o julgamento médico parece crescer, na modernidade, em proporção ao desenvolvimento dos instrumentos que primeiramente auxiliariam o discernimento do profissional, mas que, na contemporaneidade, tendem a substituí-lo (Schraiber, 2008).

O paciente, nesse processo, passa a ser consumidor dos insumos da saúde: com o fácil acesso à informação, ele já 'sabe' que exame precisa fazer para detectar determinada patologia e que remédio quer tomar para saná-la. Dessa maneira, a autoridade sobre as decisões clínicas parece sair das mãos do profissional rumo às empresas de tecnologia biomédica e à indústria farmacêutica. É desse modo que, se por um lado, o

desenvolvimento científico-tecnológico de fato aumentou as possibilidades de intervenção médica, ampliando o conforto dos profissionais em seus desempenhos, por outro, representou o desconforto de se verem reduzidos a intermediários no acesso às tecnologias.

Abalada a figura do médico como referência para a boa prática, a crise coloca sob suspeita a própria autoridade do profissional, criando no médico as atitudes defensivas que vemos hoje com frequência. Buscando fazer valer uma autoridade que acredita ainda mais legítima, em razão do maior desenvolvimento dos fundamentos científicos de sua prática, o médico busca impor sua perspectiva ao invés de dialogar com o paciente, assegurando tal imposição pelo controle que ainda efetivamente detém no acesso às diversas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e no acesso ao próprio sistema de saúde. Essas atitudes reforçam a perda da interação e se apresentam em relações nas quais a autoridade é substituída pela violência. Assim, o uso por parte do médico do antigo posto de autoridade que antes ocupava, no momento em que se perde a legitimidade para fazê-lo, transforma-se apenas em exercício de mando e de controle sobre o paciente, situação em que, como diz Arendt (2013), não há nada mais ali de poder, apenas violência.

Arendt diferencia violência e poder no sentido de que o primeiro é sempre um meio, ou seja, é um instrumento para um fim determinado e não um fim em si mesmo como no segundo caso. A violência, portanto, não pode ser pensada como essência ou fundamento do poder. Todo aumento da violência, como apresentamos no capítulo 3, é decréscimo do poder, segundo as reflexões de Arendt.

Dessa forma, o acolhimento, o cuidado e o vínculo com o paciente se tornam apenas meios para um determinado fim, que parece ser a adequação do corpo e do paciente, por um lado, nas prescrições abstratas da ciência e, por outro lado, na rotina dos procedimentos, das burocracias e das técnicas dos serviços de saúde. Essa tentativa radical de adequação dos sujeitos aos procedimentos dos serviços de saúde é experimentada

pelos usuários como violenta, primeiramente, na massificação de sua condição:

[...] mesmo eu sendo diferente dos outros, eu era tratado igual. Então... às sete hora da manhã, poderia ta o maior frio do mundo, que eu era obrigado a levantar e tomar banho. Ou jogado lá, assim [...] Nós num somos índio, né... tirar a roupa na frente de todo mundo, né [...] E ce é... ce é tratado igualzinho a todo mundo [...] maciçamente igual, todo mundo (Pedro) (Furlan; Ribeiro, 2011, p. 394).

Ou quando a mulher não se encaixa no que está socialmente padronizado como a idade para ser mãe:

Tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: ‘você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?’. Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: ‘não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada’; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e ela: ‘se você não calar a boca...’ que se eu comesse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando (Aguiar; d'Oliveira, 2011, p. 84).

Inclusive, essa despersonalização e massificação do sujeito aproximam a saúde daquilo que Goffman (1985) chamou de instituições totais – manicômios, conventos e prisões.

Outra característica dessa experiência é a objetificação dos sujeitos em tal nível que se sentem peças de uma engrenagem, como as mulheres parturientes que se sentem numa maternidade de padrão industrial:

algumas maternidades que agendam cesarianas como se fosse uma linha de produção de nascimentos, por conveniência de profissionais e das instituições, ostentando taxas de 70% e até 100% de cesáreas, são bons exemplos dessa interpretação de economia de tempo e produtividade (Rattner, 2009, p. 596).

Portanto, defendemos que a violência nos serviços de saúde não está pautada em um excesso de poder ou autoridade dos profissionais, mas, ao contrário, tem origem no fim da autoridade em saúde dos profissionais e no esvaziamento dos espaços políticos de poder dentro da relação clínica.

Esses últimos foram tomados de assalto pelo desenvolvimento tecnológico e pela divisão do trabalho em saúde que geram, de um lado, um mecanismo parcelar do cuidado e, de outro lado, um solapamento das subjetividades de profissionais e usuários e a homogeneização das particularidades de cada caso.

CAPÍTULO 6. Considerações Finais

A presente dissertação forneceu duas espécies de produtos distintos muito embora fortemente correlacionados. Primeiramente nos debruçamos sobre a produção do campo da Saúde Coletiva acerca da humanização, buscando delimitar dentro dela marcos conceituais que auxiliassem a compreender quais eram os sentidos e os referentes utilizados pelos autores quando refletiam sobre a humanização. O segundo produto é a interlocução, realizada através do suporte da hermenêutica gadameriana enquanto horizonte metodológico, entre os referentes da humanização encontrados nas publicações selecionadas e alguns conceitos oriundos das reflexões de Hannah Arendt sobre a Política, tais como autoridade, crise, tradição, violência, poder e natalidade.

Acompanhando o caminho percorrido – que começa no uso da humanização como bandeira de reivindicação política de setores específicos que sofrem violência na saúde rumo a uma política pública que visa atuar sobre esses mesmos setores específicos, bem como sobre os usuários em geral e trabalhadores, e que propõe revisar a dinâmica de interação e de trabalho dentro dos serviços de saúde –, surgem ao menos duas ordens de questões que o campo da Saúde Coletiva busca problematizar.

A primeira dessas questões é exatamente ‘o que é humanização?’. Embora essa pergunta inicie a maior parte das publicações do campo, poucas parecem se deter sobre ela. Não há uma conceituação clara e precisa, tanto nos textos da política quanto nas publicações selecionadas da Saúde Coletiva, e Benevides e Passos já apontavam, em 2005, para a humanização enquanto um conceito-sintoma. Com isso querem dizer que a humanização, em razão da fragilidade do conceito, se ligaria, por um lado, a noções como o paternalismo, assistencialismo e voluntarismo, ou seja, formas instituídas e paralisantes (Benevides; Passos, 2005a). Por outro lado, a humanização também teria sua faceta positiva, ou seja, aquela que representa os movimentos sociais e as lutas de caráter instituinte, por

mudanças concretas nas práticas dos serviços que barrem a violência institucional. Ignorar essas nuances dentro da bandeira e do conceito significa enxergar a humanização como um movimento homogêneo e ignorar toda sorte de contradições, paradoxos e tensionamentos que existem dentro dela.

Considerando-se essa análise na qual a humanização aparece como constituída em duas dimensões, é interessante observar a existência de uma disputa pela história do conceito. Parece-nos que aqueles que se debruçam sobre a faceta instituinte do conceito enxergam a humanização como resultado das lutas históricas dos movimentos sociais, em especial daqueles ligados à saúde mental e à saúde da mulher. Veem, assim, a PNH e os debates acadêmicos em torno da humanização como produto das reivindicações das mulheres para a humanização do parto e das lutas constituintes da reforma psiquiátrica e anti-manicomial.

O lado da humanização das práticas instituídas parece, por outro lado, insistir na filosofia do humanismo como uma origem anacrônica do conceito. Como se a humanização, enquanto bandeira de luta dos movimentos sociais ou enquanto políticas públicas no SUS, fosse a porção final que teria se iniciado com o antropocentrismo de Francisco Petrarca. Essa tese dificilmente se sustenta quando pensamos no humanismo renascentista como a proposta filosófico-estética de resgate da cultura grega antiga para o confronto com a autoridade eclesial do século XV. A centralidade do homem, a grande bandeira do movimento humanista, certamente vai guardar alguma semelhança com as propostas humanizadoras do século XX, mas é seguro dizer que tanto a própria noção de homem quanto a noção de centralidade se modificam de tal forma no transcorrer de cinco séculos, que é difícil defender que exista uma linha contínua entre Humanismo e humanização.

A discussão sobre a origem do conceito de humanização é negligenciada em um campo tão pragmático como o da Saúde Coletiva, muito embora seu debate seja fundamental. Em primeiro lugar, o sentido que se dá para a história de determinado conceito reverbera nas propostas de

prática que dele derivam, como mostraremos a seguir, o que corrobora o famoso *slogan*: “Who controls the past controls the future: who controls the present controls the past” (Orwell, 1949, p. 123).

Em segundo lugar, não é possível manter-se afastado ou neutro em relação a essa discussão. A escolha por não debater as origens da humanização em si já conforma a escolha pela vertente que defende uma origem o mais distante possível do presente. Ou seja, não se posicionar sobre o tema é aproximar-se da tese que liga humanização e humanismo ou mesmo humanização com uma possível essência humana. Infelizmente, a escolha por furtar-se a esse debate é o que aparece com maior frequência nas publicações selecionadas, as quais se limitam a tratar a humanização como um conceito polissêmico, a apresentar rapidamente como o entendem e a partir então para a discussão de questões mais pragmáticas.

A segunda grande questão é ‘o que fazer’ em relação à humanização. Se na primeira questão poucas publicações se detiveram sobre ‘o que é’ humanização, a característica pragmática do campo da Saúde Coletiva aparece aqui com toda a sua força, e a grande parte das publicações se ocupa sobre as novas propostas para a humanização dos serviços.

A divisão entre aquela humanização instituinte e a instituída (Benevides; Passos, 2005b) torna-se mais tensionada e contraditória quando são analisadas as críticas e as propostas que as publicações apresentam. Comum às duas vertentes é a crítica a respeito da biomedicina enquanto instância hegemônica das normatizações dentro do campo da saúde. No entanto, a dimensão instituinte aposta, por exemplo, em mudanças nos protocolos em relação ao parto (Carnot, 2005), entendendo que o modo de funcionamento instituído é, em si mesmo, violento, pois trata de todas as pacientes como se fossem as mesmas, conformando serviços de saúde quase fabris (Rattner, 2009). Assim, para essa perspectiva, as dinâmicas de interação (ou a violência que significa a negação da interação) se dão dentro de um contexto histórico, político e instituído. Para barrar a violência institucional, esses autores propõem outro modelo de atenção, mais

afastado da lógica das fábricas, constituído muito mais através da ideia de cuidado do que de cura.

Na contramão dessa visão, a dimensão instituída aposta na dimensão educativa como via de resgate de uma essência perdida, como expusemos no capítulo 5, colocando sobre os ombros dos trabalhadores a total responsabilidade sobre a violência. Além disso, apostam (Santos Filho; Figueiredo, 2009; Palheta; Costa, 2012) em propostas de renovação da gestão em uma direção absolutamente contrária a dos movimentos pelo parto humanizado. A ideia de uma maternidade que funcione tal qual uma fábrica de bebês é justamente a ideia gerencial que o movimento pelo parto humanizado identifica como sendo a origem dos problemas de violência que as mulheres sofrem na saúde, quando no fim do processo gestatório.

Essa exposição visa mostrar a importância da discussão histórica e referencial dos conceitos. Aceitar a ideia da humanização polissêmica significa atestar que podem coexistir, em um mesmo movimento, diretrizes tão contraditórias como as que expusemos acima. A luta pela história ou por um sentido é também uma disputa de caráter político. Assim, entender a humanização como um conceito polissêmico é posicionar-se de uma forma tal: que as contradições entre as propostas humanizadoras sejam negadas; que uma perspectiva histórica seja adotada na qual a humanização sempre existiu e apenas se modulou com a passagem do tempo; e, por fim, que a luta pela humanização seja entendida genericamente como um resgate de uma essência perdida.

No segundo produto desta dissertação, as reflexões políticas de Hannah Arendt foram apresentadas com o intuito de demonstrar as ricas possibilidades de interlocução entre esse aporte teórico pouco explorado no campo e os problemas sobre os quais a Saúde Coletiva procura pensar. Assim, buscamos fazer dialogar os referentes da humanização no campo da Saúde Coletiva com alguns conceitos das reflexões acerca da política realizadas por Hannah Arendt.

Para nos aproximarmos da violência institucional contemporânea que a humanização visa combater, buscamos na corrente teórica (já clássica no

campo da Saúde Coletiva) que analisa dialeticamente as mudanças do trabalho médico e do trabalho em saúde, por um lado, pelas determinações socioeconômicas das relações profissionais (Mendes-Gonçalves, 1991, 1992; Schraiber, 1993, 2008; Gomes, 2010) e, por outro lado, pela relação dos profissionais com os diferentes saberes que se engendram nas práticas de saúde (Ayres, 2005, 2006, 2009; Cyrino, 2009; Schraiber, 2010, 2011; Azeredo; Schraiber, 2016). Essa corrente nos auxiliou a compreender o processo histórico que engendra o assalariamento dos profissionais, a divisão do trabalho, a construção de especialidades médicas e a inserção de outros profissionais de saúde. É através desse processo histórico que se modifica significativamente a relação entre profissional e usuário, gerando consequências para a própria constituição dessa relação, fenômeno denominado por Schraiber (2008) como crise dos vínculos de confiança. Esse processo também é responsável pela hegemonia do saber de cunho biomédico como substrato da relação clínica. A análise e a crítica dessa hegemonia são realizadas com um viés epistemológico por Ayres (2006, 2009) e Cyrino (2009).

Inserimo-nos nesse debate aproximando os correlacionados conceitos de tradição e de autoridade, em Arendt, com o estabelecimento da profissão médica como prática social de cunho liberal na Modernidade. Na passagem para a medicina tecnológica, mostramos como a crise dos vínculos de confiança pode ser lida como uma crise da autoridade médica relacionada ao papel cada vez mais protagonista desempenhado pelos intermediários das práticas de saúde – tais como hospitais, convênios médicos e o próprio SUS – e à fragmentação da atividade através da divisão do trabalho e do estabelecimento de especialidades. Essa aproximação conceitual, a ‘fusão de horizontes’ na tradição gadameriana, mostrou-se particularmente importante para que fosse possível debater um diagnóstico bastante comum nas publicações selecionadas que defende que o aumento da autoridade e do poder dos profissionais de saúde seja a causa principal da violência institucional.

Em seguida, apresentamos as reflexões de Arendt sobre a ciência e o conhecimento para mostrar que a crítica ao modelo biomédico, bastante presente nas publicações selecionadas, pode ser expandida para uma problemática contemporânea entre o homem e a ciência, e para uma análise mais global da relação entre o ser humano e o conhecimento. Existe aí uma forte relação, no sentido de que o ser humano, ao mesmo tempo que produz o conhecimento, é produzido por ele também. A modernidade elege a ciência, no momento em que se estabelece com poder de suspender todos os juízos da dúvida cartesiana, como o grande critério de validação. A dúvida, então, só pode ser dissipada por meio do caminho preconizado pelo método científico que resulta em observações, previsões, controles e possibilidade de repetição. Se, por um lado, a primazia da dúvida põe em cheque uma série de justificativas que embasavam práticas tirânicas e violentas de toda sorte, por outro lado, a imposição do método científico como caminho único para a verdade – e vemos isso no caso específico da saúde e da cura – rebaixou todas as outras formas de conhecer. É desse modo que o conhecimento do paciente sobre o próprio corpo, o saber prático do médico, bem como a sua experiência tornam-se hierarquicamente inferiores em relação ao conhecimento científico.

A elevação do conhecimento científico como critério único de acesso à verdade transfere a autoridade para uma entidade abstrata, a ciência, e para seus produtos materiais, tais como remédios, aparelhos e tecnologias. A autoridade, então, parece sair do médico e instalar-se na medicina.

A ciência preconiza, necessariamente, um conhecimento abstrato sobre um corpo e patologias de caráter ideais. Na transposição que é feita para o real do corpo e da vida, as necessidades do usuário, sua história, sua profissão, sua situação econômica, o uso que faz (e que gostaria de fazer!) de seu corpo são excluídos da cena. Essa transposição que ignora o real e impõe o abstrato é o principal mecanismo pelo qual o sujeito-paciente-usuário é transmutado em um corpo-objeto sobre o qual a intervenção se dará. A objetificação do outro dentro de determinada relação é, para Foucault (1979), justamente o conceito de violência. Nessa dimensão

específica, as conceituações de Foucault e de Arendt se encontram, já que, para o autor, uma relação de poder só pode se dar entre seres humanos e não entre homem e objeto. Da mesma forma, para a autora, o poder é um fenômeno restrito à ação dos homens quanto agem em concerto. Já a violência, em Arendt, apresenta-se sempre com um caráter instrumental. Ou seja, a violência é sempre um meio para determinado fim. No caso analisado, cabe refletir sobre como a violência é o meio para a transposição forçada do corpo abstrato sobre o corpo real. Mas qual seria o seu fim? O fim, nos parece, seria o cumprimento de ordens das dinâmicas de produção fabris que o mercado tenta impor sobre as práticas de saúde através de seus ideais de eficiência e de eficácia.

As reflexões realizadas na presente dissertação não se encerram aqui. É sempre necessário alertar que não apresentamos e defendemos certos sentidos dos conceitos – como, por exemplo, o conceito de autoridade em Arendt e a nossa releitura da crise da autoridade médica – com o intuito de alçá-los à condição de verdade maior, ou mesmo de afirmar que esses sentidos sejam melhores do que aqueles presentes em outras interpretações. O uso de novas formulações conceituais tem o objetivo de enriquecer o debate, de mostrar novas possibilidades interpretativas e como um uso diferente do conceito tem a potencialidade de alterar a totalidade da compreensão acerca de determinado fenômeno. Novamente, o objetivo é inserir-nos no debate acerca da humanização e não acabar com ele.

Isso posto, vislumbramos algumas possibilidades de desdobramentos do caminho até aqui percorrido. Pode-se aprofundar as reflexões sobre a crise da autoridade médica, sua relação com as conformações do trabalho e com o estatuto da ciência, através das formulações arendtianas acerca das faculdades humanas do pensar e do julgar, bem como de suas reflexões sobre um tema que é fundamental nessas questões: a problemática da responsabilidade.

Várias publicações selecionadas enaltecem a tentativa de democratizar as decisões dentro dos serviços como a grande aposta da humanização. O SUS, enquanto filho da redemocratização do país nos anos

1980, é o grande protagonista dentro das instituições de governo que defende uma forma de democracia menos representativa. Essa aposta aparece nos conselhos de saúde regionalizados, por exemplo. Apesar de serem vistos como esvaziados e, muitas vezes, impotentes, ainda nos parece fundamental defendê-los. Em um país com uma tradição democrática ainda tão efêmera e volátil, insistir em um modelo como o do SUS é resistir. Nesse caso, as reflexões de Arendt acerca da revolução americana, da formação de conselhos, bem como suas reflexões sobre as formas de deliberação, aparecem como um novo campo profícuo para se enriquecer os debates da Saúde Coletiva. Nesse sentido, é necessário pensar o serviço de saúde em duas dimensões distintas.

A primeira delas é o encontro clínico tal como o apresentamos: uma relação que se constitui através da assimetria de saberes, um lugar da autoridade profissional e de sua crise, e um espaço privilegiado do saber científico que, quando se torna o único critério de verdade, é responsável por parte dos problemas que as discussões sobre humanização se debruçam.

A segunda dimensão é constituída pelas instâncias de decisão sobre a gestão do serviço. Ao contrário do encontro clínico, as decisões dessas instâncias, para serem democráticas, necessitam da igualdade de condições de fala, de debate e de voto, tanto entre profissionais do cuidado direto e profissionais da gestão, bem como entre os profissionais (da gestão e do cuidado direto) e os usuários. A decisão, enquanto ação orquestrada e validada por um determinado grupo, conforma justamente o que Arendt entende por poder. Como nos parece pouco potente qualquer tentativa de resgate da autonomia, da dinâmica ou da estrutura do trabalho em saúde, nos moldes liberais que conformaram a tradição em medicina, a ampliação sobre o controle dos processos produtivos em saúde, pelos sujeitos que neles se envolvem, parece um caminho interessante para a refundação da autonomia profissional perdida.

Ambas as dimensões se beneficiam da defesa do serviço de saúde enquanto um espaço da cidadania. No que diz respeito ao encontro clínico, a cidadania, enquanto um valor de caráter não-científico e político colocado

acima das prescrições abstratas da ciência, age no sentido de impedir a subsunção do corpo real em relação ao corpo teórico. Já a tomada de decisão pelos sujeitos envolvidos nos serviços de saúde através de uma práxis democrática, por um lado, combate as dinâmicas alienantes consequentes da institucionalização do trabalho em saúde, tal como descreve Gomes (2010), por outro lado, traz a possibilidade da emergência de mudanças e, porque não, de novas formas de organização social do trabalho através de decisões coletivas, ou seja, da ação humana realizada em concerto, como diria Arendt. No entanto, a gestão da democracia de cunho direto é inconciliável com a passagem da gestão dos serviços de saúde públicos para entes privados que visam ao lucro, o que parece ser o caminho escolhido pelos governos brasileiros nos anos 2000, já que é da própria constituição desses entes um sistema de decisão necessariamente hierárquico.

Por fim, como coloca Arendt (2011a), a crise é aquele momento em que os critérios de discernimentos que utilizávamos já carecem de validade. A sua dimensão positiva é que toda crise é uma oportunidade para novos pensamentos e julgamentos, para a criação de novos sentidos, por exemplo, no trabalho em saúde. A crise exige um nascer descolado do seu sentido biológico: é a oportunidade para um novo nascer social, apostando em mudanças que criem um mundo dos homens mais justo, menos desigual e, definitivamente, menos violento.

Anexo A: Referências dos artigos levantados

Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista Saúde Pública*. 2009; 43(1): 98-104.

Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço da atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48): 47-59.

Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCTC, Gomes GG, Brito MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013; 22(1): 208-15.

Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):869-78.

Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(9): 2357-65.

Arruda C, Vieira da Silva DMG. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 64(5): 758-66.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 549-60.

Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(2): 349-61.

Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(1): 123-127.

Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2010; 45(1): 26-32.

Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2011; 23(3): 641-658.

Batista CB, Campos AS, Reis JC, Schall VT. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011; 9(2): 295-317.

Becchi AC, Albiero ALM, Pavão FO, Pinto IS, Godoi AV, Dias BC, Gonçalves ECA, Cavalhero RF. Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivência do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(2): 653-60.

Bergan C, Bursztyn I, Santos COM, Tura LFR. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(4): 656-61.

Bispo CDB, Souza VLC. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2007; 21(1): 19-30.

Borsoi TS, Brandão ER, Calvacanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface*. 2009; 13(28): 165-74.

Caires TLG, Vargens OMC. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; 3(7): 159-68.

Calvo-Gonzalez E. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia. *Cadernos CRH*. 2011; 24(61): 81-96.

Celestino da Silva R, Ferreira MA. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da enfermagem fundamental. *Revista Brasileira de enfermagem*. 2014; 61(1): 111-118.

Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(6): 746-49.

Costa HOG. A problematização da violência como experiência de ensinar em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(5): 63-74.

Dantas VLA, Linhares AMB, Silva EJ, Lima RF; Silva MRF, Andrade LOM. Cirandas da Vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21(1): 46-8.

Faria L, Santos LAC. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*. 2011; 18(1): 227-40.

Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(3):111-18.

Ferreira JÁ, Araújo GC. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. *Texto & Contexto*. 2014; 13(1): 199-213.

Floss M, Porto BN, Dall'Agnol AF, Costa MMG, Susin LRO. A humanização através do Programa Recrutas da Alegria da Furg: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(3): 464-70.

Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(4): 815-22.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2014; 13(3): 30-5.

Furlan MM; Ribeiro CRO. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2011; 45(2): 390-6.

Galheigo SM. Apontamentos para se Pensar Ações de Prevenção à Violência pelo Setor Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(3): 181-9.

Garcia AV, Argenta CE, Sanches KR, São Thiago ML. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis*. 2010; 20(3): 811-34.

Gelman EA, Reis KC, Matos RL, Dahia SNO. Educação na saúde e autogestão de coletivos: da incerteza da prática a autoanálise do trabalho em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador. 2009; 33(1): 75-85.

Gomes AMA, Caprara A, Landim LO, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2012; 22(3): 1101-1119.

Gomes AMA, Nations MK, Sampaio JJC, Alves MSCF. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização em saúde. *Revista APS*. 2011; 14(4): 435-46.

Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37): 336-50.

Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso de gestores e trabalhadores de atenção básica em saúde. *Physis*. 2009; 19(4): 1087-109.

Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Revista Escola de Enfermagem*. 2011; 45(2): 1731-5.

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2012; 42(2): 304-11.

Guimarães MC. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. *Revista brasileira de Saúde Ocupacional*. 2009; 34(120): 163-71.

Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista Saúde Pública*. 2008; 42(3): 555-61.

Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2577-88.

Junges JR, Schaefer R, Prudente J, De Mello REF, Silocchi C, De Souza M, Wingert G. A visão moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38): 751-62.

Junges JR; Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*. 2013; 21(3): 686-97.

Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2012; 46(4): 944-52.

Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Brum LM, Scola ML, Bougo M. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. *Revista HCPA*. 2007; 27(2): 25-7.

Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010 18(4): 1-7.

Marque FC, Dias IMV, Azevedo I. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Escola Anna Nery*. 2006; 10(3) 439-47.

Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista Salud Pública*. 2010; 12(3): 402-13.

Mendes da Silva A, Sá MC, Miranda L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências da assistência hospitalar. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(3): 840-52.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(8): 2071-85.

Montes AS, Rodrigues DP. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2013; 27(3): 265-76.

Mota A, Schraiber LB. Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico. *Revista de Medicina*. 2012; 91(3): 189-93.

Mori ME, Oliveira OVN. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1): 627-40.

Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2011; 11(4): 415-25.

Nora CRD, Junges JR. Políticas de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*. 2013; 47(6): 1186-200.

Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). *Revista Saúde Pública*. 2008; 42(5): 868-76.

Oliveira CM, Fontana RT. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho em enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 11(2): 243-9.

Oliveira LA, Landroni MAS, Kurokawa e Silva NE; Ayres JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de

DST/Aids no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 689-98.

Oliveira RF; Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 3069-3078.

Padilha MICS, Maia AR, Vieira M, Machado C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(6): 724-28.

Palheta RP, Costa RJ. Caminhos da humanização hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. *Revista Saúde e Sociedade*. 2012; 21(1): 253-64.

Parada CMGL; Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24): 35-46.

Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4541-8.

Pereira A, Souza da Silva R; De Camargo CL, Ribeiro de Oliveira RC. Retomando as abordagens do cuidado sensível. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*. 2012; 25(1): 356-66.

Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2004; 13(3): 391-400.

Pinheiro da Silva RC; Arizono AD. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. *Revista Ciências Humanas*. 2008; 1(2): 1-12.

Puccini P, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1342-53.

Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58(5): 573-79.

Rebello MTMP, Neto JFR. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(2): 181-97.

Rios, IC. Humanização e Ambiente de trabalho na visão de profissionais de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(4): 151-60.

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009a; 33(2) 253-61.

Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 651-64.

Sá SLB, Mattos RR, Pinheiro VL, Pequeno LL, Diógenes MAR. Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*. 2012; 25(2): 96-103.

Santos ANR, Soares JCN, Nogueira LF, Araújo NA, Mesquita GV, Leal CFS. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64(1): 84-90.

Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1): 603-13.

Santos Filho SB, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 615-26.

Santuzzi CH, Scardua MJ, Reetz JB, Firme KS, Lira NO, Gonçalves WLS. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. *Revista Fisioterapia em Movimento*. 2013; 26(2): 415-22.

Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 9(3): 479-503.

Scholze AS, Duarte Junior CF, Silva, YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(3): 303-14.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface (Botucatu)*. 1997; 1(1): 123-40.

Shiratori K, Costa TL, Formozo GA, Silva SA. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(5): 617-9.

Silva MR, Sakamoto J, Gallian DMC. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014; 12(1): 15-28.

Silva MRF, Jorge MSB. Prática dos profissionais no programa de saúde da família: representações e subjetividades. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2002; 55(5): 549-55.

Souza LGS, Menandro MCS. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão bibliográfica internacional. *Physis*. 2011; 21(2): 517-39.

Souza ED, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para o debate. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(25): 327-38.

Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(3): 479-86.

Texeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 585-97.

Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1): 557-70.

Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(3): 1969-80.

Trajano ARC, Cunha DM. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011; 9(1): 113-36.

Trentini M, Paim L, Vásquez ML. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. *Colombia Médica*. 2011; 42(1): 95-102.

Vaz ACA, Ribeiro CL, Rodrigues MATB, Viana MLM. A implantação de um modelo de gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário. *Rev. Min. Saúde Pub*. 2005; 6(6): 20-34.

Vitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 599-613.

Wendhausen ALP, Rivera S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2005; 14(1): 111-19.

Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(3): 138-51.

Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS, Palacios M. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Revista brasileira de Saúde Ocupacional*. 2008; 33(117): 15-22.

Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010; 10(3): 359-67.

Zoboli E, Fracolli L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. *O mundo da saúde*. 2006; 30(2): 312-7.

Referências Bibliográficas

Adorno TW, Horkheimer M. *Dialética do esclarecimento*: fragmentos filosóficos. Tradução de Guido Antônio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

Adorno TW. *Educação e Emancipação*. Tradução de Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.

Aguiar JM, d'Oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011 mar.; 15(36): 79-91.

Almeida Filho N. *A clínica e a epidemiologia*. Rio de Janeiro: APCE-ABRASCO; 1992.

Almeida Filho N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Aquino JG. Da “crise” da educação formal ao fulgor dos processos de governamentalização educacional. In: XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino. *Anais*. Campinas: UNICAMP; 2012.

Araújo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(9): 2357-65.

Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38): 805-18.

Arendt H. *Crises na república*. São Paulo: Perspectiva; 1973.

Arendt H. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.

Arendt H. *Eichmann em Jerusalém*: Um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

Arendt H. *A dignidade da política*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002.

Arendt H. *Responsabilidade e Julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.

- Arendt H. *A condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
- Arendt H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva; 2011a.
- Arendt H. *Sobre a revolução*. São Paulo: Companhia das Letras; 2011b.
- Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.
- Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 64(5): 758-66
- Ayres JRCM. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: HUCITEC; 1995.
- Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: HUCITEC; 1996.
- Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 549-60.
- Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. v.1, p.49-83.
- Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009.
- Ayres JRCM. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(7): 1301-11.
- Azeredo YN, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva (Lanús)*. 2016; 12(1): 9-21.
- Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(2): 349-61.
- Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2006; 40(2): 221-27.

Barreto ML. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: Costa DC, organizador. *Epidemiologia, teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1990. p. 19-38.

Becchi AC, Albiero ALM, Pavão FO, Pinto IS, Godoi AV, Dias BC, Gonçalves ECA, Cavalhero RF. Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivência do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(2): 653-60.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005a; 10(3): 561-71.

Benevides R, Passos E. Humanização da saúde: um novo modismo? *Revista Interface (Botucatu)*. 2005b; 9(17): 389-406.

Bispo CDB, Souza VLC. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2007; 21(1): 19-30.

Bourdieu P, Wacquant L. *Um convite à sociologia reflexiva*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Calvo-Gonzalez E. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia. *Cadernos CRH*. 2011; 24(61): 81-96.

Camargo Jr KR. *(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1990.

Camargo Jr KR. Produção científica: avaliação da qualidade ou ficção contábil? *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1707-30.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.

Carnot E. *Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Carvalho JSF. *Educação: uma herança sem testamento* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2015.

Casate JC, Corrêa AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2006; 40(3): 321-28.

Castiel LD. *A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. In: Castro R, López Gómez A, editores. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Avances y desafíos en la investigación regional. México DF: UNAM, CRIM; 2010.

Costa AM. *Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS? uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil* [tese]. Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2004.

Costa HOG. A problematização da violência como experiência de ensinar em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(5): 63-74.

Couto MT. Contribuições da antropologia médica para a medicina. *Revista de Medicina*. 2012; 91(3): 155-8.

Cyrino AP. *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. São Paulo: UNESP; 2009.

Dantas VLA, Linhares AMB, Silva EJ, Lima RF, Silva MRF, Andrade LOM. Cirandas da Vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21(supl.1): 46-8.

Descartes R. *Meditações*. São Paulo: Abril Cultural; 1983. (Os Pensadores).

Descartes R. *Discurso do método*. São Paulo: Editora Escala; 2006.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004a; 9(1): 7-14.

Deslandes SF. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004b; 9(1): 25-9.

Deslandes SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1975.

Donnangelo MCF. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Donnangelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/CLATES; 1982.

Everett J. Organizational research and the praxeology of Pierre Bourdieu. *Organizational Research Methods*. 2002; 5(1): 56-80.

Faria L, Santos LAC. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*. 2011; 18(supl.1): 227-40.

Ferreira JA, Araújo GC. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. *Texto & Contexto (Porto Alegre)*. 2014; 13(1): 199-213.

Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(3):111-18.

Floss M, Porto BN, Dall'Agnol AF, Costa MMG, Susin LRO. A humanização através do Programa Recrutas da Alegria da Furg: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(3): 464-70.

Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(4): 815-22.

Foucault M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2014; 13(3): 30-35.

Freidson E. *Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos médicos; 2009.

Furlan MM; Ribeiro CRO. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2011; 45(2): 390-6.

Gadamer HG. *O problema da consciência histórica*. Rio de Janeiro: FGV; 2003.

Gadamer HG. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes; 1997.

Gallian DMC. A (re)humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*. 2000; 33(2): 5-8.

Gelman EA, Reis KC, Matos RL, Dahia SNO. Educação na saúde e autogestão de coletivos: da incerteza da prática a autoanálise do trabalho em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador. 2009; 33(1): 75-85.

Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1985.

Gomes AMA, Nations MK, Sampaio JJC, Alves MSCF. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização em saúde. *Revista APS*. 2011; 14(4): 435-46.

Gomes RM. *Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde* [tese]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37): 336-50.

Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso de gestores e trabalhadores de atenção básica em saúde. *Physis*. 2009; 19(4): 1087-109.

Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista Saúde Pública*. 2008; 42(3): 555-61.

Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2577-88.

Jardim E. *Hannah Arendt: pensadora da crise e de um novo início*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.

Kant I. *Crítica da Razão Pura*. Tradução de Valério Rohden e Udo Balduur Moosburger. São Paulo: Abril Cultural; 1980. (Os Pensadores).

Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Brum LM, Scola ML, Bougo M. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. *Revista HCPA*. 2007; 27(2): 25-7.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*. 1991; 1(1): 77-96.

Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC; 2007.

Machado R. *Ciência e saber*: a trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal; 1981.

Machado MH. *Os médicos e sua prática profissional*: as metamorfoses de uma profissão [tese]. Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1996.

Marque FC, Dias IMV, Azevedo I. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Escola Anna Nery*. 2006; 10(3) 439-47.

Mendes-Gonçalves RB. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulgação em saúde para debate*. 1991; 4: 97-102.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de Saúde*: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo (mimeo); 1992.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1992.

Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(4): 1103-12.

Mori ME, Oliveira OVN. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 627-40.

Moscovici S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2004.

Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4): 837-52.

Mota A, Schraiber LB. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. *Revista de Saúde Pública*. 2013; 47(5): 839-45.

Mota A, Schraiber LB. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(4): 1085-94.

MS (Ministério da Saúde). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília; 2000.

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. 1994; 3(2): 5-21.

Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10): 63-74.

Orwell G. 1984. New York: Harcourt, Brace & Co; 1949.

Padilha MICS, Maia AR, Vieira M, Machado C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(6): 724-28.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. 4a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p.455-66.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4): 299-316.

Palheta RP, Costa RJ. Caminhos da humanização hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. *Revista Saúde e Sociedade*. 2012; 21(supl.1): 253-64.

Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 701-8.

Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4541-8.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional em saúde: interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2004; 13(3): 391-400.

Pinheiro R, Silva FH. Pesquisa e Práticas de Apoio Institucional: um ensaio sobre os nexos axiológicos e epistêmicos entre Integralidade, Humanização e Formação na saúde. *Saúde & Transformação Social*. 2014; 5(2): 11-9.

Puccini P, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1342-53.

Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58(5): 573-579.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1):595-602.

Rebello MTMP, Neto JFR. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(2): 181-97.

Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 36-43.

Ribeiro JM. *Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica* [tese]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1995.

Ribeiro JM. Técnica médica e singularidades. In: Vaitsman J, Girardi S, organizadores. *A Ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.181-209.

Ricoeur P. *Do texto à ação*. Porto: Rés Editora; 1989.

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009a; 33(2) 253-61.

Rios IC. O realce à subjetividade. In: *Caminhos da Humanização na Saúde: Prática e Reflexão*. São Paulo: Áurea; 2009b.

Rios IC, Schraiber LB. *Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea*. São Paulo: Unesp; 2012.

Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2002; 55(2): 196-9.

Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 651-64.

Santos Filho SB, Figueiredo VON. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 615-26.

Santos ANR, Soares JCN, Nogueira LF, Araújo NA, Mesquita GV, Leal CFS. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64(1): 84-90.

Schio SM. *Hannah Arendt: história e liberdade*. Caxias do Sul: Educ; 2006.

Scholze AS, Duarte Junior CF, Silva, YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(3): 303-14.

Schraiber LB. *Educação Médica e Capitalismo*: estudo das relações entre educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1989.

Schraiber LB, organizadora. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: HUCITEC; 1990.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho*: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface (Botucatu)*. 1997; 1(1): 123-40.

Schraiber LB. *O médico e suas interações*: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.

Schraiber LB. Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate In: Castro R,

Gómez AL, editores. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Universidad de la República; 2010. p. 11-26.

Schraiber LB. Ciência e transformação social na Saúde Coletiva. *Saúde & Transformação Social*. 2011; 1(3): 1-2.

Schraiber LB. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. *Saúde e Sociedade*. 2014; 23(3): 727-9.

Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 33-57.

Shiratori K, Costa TL, Formozo GA, Silva SA. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(5): 617-9.

Silva MR, Sakamoto J, Gallian DMC. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014; 12(1): 15-28.

Silva MRF, Jorge MSB. Prática dos profissionais no programa de saúde da família: representações e subjetividades. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2002; 55(5): 549-55.

Silva RCP, Arizono AD. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. *Revista Ciências Humanas (Taubaté)*. 2008; 1(2): 1-12.

Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na política nacional de humanização. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(supl.1): 681-8.

Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(3): 479-86.

Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books; 1982.

Trad LAB. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.185-203.

Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1): 557-70.

Turner BS. *Medical power and social knowledge*. London: Sage; 1987.

Vaz ACA, Ribeiro CL, Rodrigues MATB, Viana MLM. A implantação de um modelo de gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário. *Rev. Min. Saúde Pub*. 2005; 6(6): 20-34.

Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia Política da Saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em saúde para debate*. 2007; 37: 16-39.

Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 3-12.

Wagner ES. *Hannah Arendt & Karl Marx: o mundo do trabalho*. São Paulo: Ateliê Editorial; 2002.

Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(3): 138-51.

Young-Bruehl E. *Hannah Arendt, por amor ao mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997.

Zoboli E, Fracolli L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. *O mundo da saúde*. 2006; 30(2): 312-7.