


## Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde

Authority, power and violence: a study on humanization in health (abstract: p. 15)

Autoridad, poder y violencia: un estudio sobre humanización en salud (resumen: p. 15)

Yuri Nishijima Azeredo<sup>(a)</sup>

<yuri.azeredo@usp.br> 

Lília Blima Schraiber<sup>(b)</sup>

<liliabli@usp.br> 

<sup>(a)</sup> Pós-graduando do Programa de Saúde Coletiva (doutorado), Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP). Avenida Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, FM, USP. São Paulo, SP, Brasil.

Este artigo é resultado da dissertação “Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização” que objetivou a análise do conceito de humanização na produção do campo da Saúde Coletiva. A metodologia foi de vertente qualitativa, sendo o empírico constituído de documentos oficiais do Ministério da Saúde e de artigos selecionados do campo da Saúde Coletiva. Analisou-se como se utiliza o termo humanização, buscando compreender como o entendem e constroem uma conceituação. O quadro referencial foi composto pela bibliografia que examina o contexto histórico das transformações sociais pelas quais passou o trabalho em saúde na Modernidade até a configuração mais atual, além das reflexões em torno dos conceitos de violência e poder desenvolvidas por Hannah Arendt. Reconheceram-se distinções conceituais necessárias na configuração do poder médico nos serviços de saúde, propiciando novas aproximações do tema humanização.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência. Desumanização. Trabalho em saúde. Serviços de saúde. Violência.



## Introdução

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 atento: a população brasileira passa por experiências de violência quando procura serviços de saúde. A violência dentro dos serviços se tornou algo tão cotidiano que a humanização da saúde nasce como demanda social pelo respeito aos direitos da população e como política pública que busca atuar sobre essa violência.

A violência sofrida pelos usuários quando buscam os serviços de saúde é um problema sério e está longe de ser pontual: essa questão se coloca em todos os níveis de atenção à saúde, em instituições públicas e privadas, e atinge todo o território nacional. É um fenômeno tão marcante que 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. Como reconheceu o próprio Ministério da Saúde, essas questões chamam mais a atenção dos usuários do que a falta de médicos, a deficiente infraestrutura dos serviços, a reduzida quantidade de hospitais e a falta de medicamentos<sup>1</sup>.

Nesse contexto, os movimentos sociais organizados levantam a bandeira da humanização, ou seja, lutam para que os direitos dos pacientes e usuários sejam assegurados pela garantia de sua integridade física e psíquica e pelo fim da violência nas instituições de saúde.

Até os anos 2000, o termo humanização designa a luta dos usuários pelo respeito aos seus direitos em contextos específicos. O movimento social pelo fechamento dos manicômios e pela reforma psiquiátrica dos anos 1970 lutou contra a realidade profundamente violenta em que vivem os usuários dos serviços de saúde mental.

A presença de violência nas práticas de saúde também vem sendo denunciada pelo movimento feminista desde a década de 1970. Essa bandeira é particularmente levantada em relação aos direitos reprodutivos das mulheres; em relação aos bebês internados em UTI e, também, na busca pela melhoria da qualidade de atenção aos usuários nos serviços de saúde<sup>2,3</sup>.

Nas lutas sociais, a humanização é um mote que sintetiza e aglutina. “Humanização” torna as demandas dos movimentos sociais autoexplicativas. No momento em que se diz “humanização do parto”, de imediato o pensamento é remetido às violências que as mulheres sofrem durante o parto, bem como “humanização da saúde mental” rememora as condições precárias dos manicômios.

## Método

O presente estudo é uma contribuição teórico-conceitual cuja base empírica é a análise documental. Os documentos têm duas naturezas distintas: de um lado, documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre humanização e, por outro, estudos e pesquisas empíricas que foram publicados e são aqui considerados como produções textuais significativas no tema da humanização em saúde, com o auxílio de uma revisão

da produção sobre o tema na Saúde Coletiva. Na qualidade de uma primeira revisão com vistas a esse exame conceitual, buscamos configurá-la como levantamento do “estado da arte” dos estudos sobre humanização.

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 no SciELO-Brasil, 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 Não precisa, mas você pode justificar para os autores ‘desumanização. Além desses, buscou-se o termo encontro clínico em separado.

Essas publicações foram selecionadas segundo os seguintes critérios: com o termo violência escolhemos artigos que privilegiam uma abordagem da relação do profissional de saúde com o usuário e das relações entre os profissionais de saúde: buscamos as produções que versam sobre situações de violência envolvendo profissionais, e não aquelas em que usuários possam ter sofrido na comunidade ou as que estudam situações nas quais os usuários são violentos com os profissionais. Com os termos humanização e desumanização procuramos aquelas publicações que pensam as práticas nos serviços e não a formação de profissionais. Sob o termo encontro clínico procuramos publicações que enfocam 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.

A leitura dos documentos oficiais e das publicações foi embasada na hermenêutica tal qual a entende Hans-Georg Gadamer<sup>4</sup>. Para o autor, não existe a produção de um conhecimento universal e atemporal, a verdade em si mesma, pois o conhecimento carrega sempre a âncora da linguagem que o transmite, a qual 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 por meio dos parâmetros da tradição e nunca fora deles, como se habitasse um *locus* neutro. O sujeito que observa é histórico e contextual, impossibilitado de uma apreensão neutra e direta do mundo. Todo conhecimento é interpretação e é impossível apreender os objetos do mundo como eles são – novos contextos geram, necessariamente, novas interpretações. A 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<sup>4</sup>, conhecemos o mundo não por um método, mas por um horizonte, já que a aquisição de linguagem e o processo de aculturação constituem uma perspectiva do mundo pela qual o enxergamos.

Nosso objetivo na presente pesquisa não foi definir o que é a humanização e nos contrapor a todas as outras interpretações, mas, em primeiro lugar, possibilitar uma certa organização para um debate no qual humanização tem sentidos múltiplos e variados e, em segundo lugar, contribuir para esse mesmo debate com uma nova interpretação sobre o tema.

## Resultados

### Os documentos oficiais

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi o primeiro programa governamental da Secretaria da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, com duração entre os anos 2000 e 2002. Ele antecede e lança os pilares da constituição da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003. Uma análise pormenorizada desses documentos se encontra em Azeredo<sup>2</sup> e, com base nela, apresentamos as principais conclusões, como seguem.

Embora a PNHAH trate de questões hospitalares e a PNH proponha uma mudança geral em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, seus textos são bastante semelhantes. Os documentos destacam os avanços no sistema de saúde nas últimas décadas, todavia apontam os desafios contemporâneos: fragmentação do processo de trabalho, dificuldade de interação entre equipes, despreparo para lidar com a dimensão subjetiva, poucos dispositivos de cogestão e desrespeito aos direitos dos usuários.

O programa e a política apresentam uma multiplicidade de sentidos para a humanização, que é entendida como proposta de modificação das relações entre os atores, opondo humanização aos maus-tratos sofridos pelos usuários nos serviços mediante diagnóstico de que a formação dos profissionais é precária. A humanização também aparece como melhorias nas condições de trabalho dos profissionais. Outro significado atribuído à humanização é o fomento à autonomia e à inclusão dos usuários e profissionais nos processos decisórios.

Embora aponte importantes referências para a humanização, como a corresponsabilidade, a autonomia ou o protagonismo, os textos não explicitam como e por que essas ideias dizem respeito à humanização, quais concepções e atos práticos a elas correspondem, reforçando apreensões genéricas e polissêmicas. Acaba-se por produzir a união de vários agentes de práticas de saúde em torno de noções imprecisas que se desdobram em práticas que são, muitas vezes, distintas entre si.

Desse modo, as generalidades no tratamento das práticas que são apontadas como as que seriam humanizadas incorrem no perigo da ideologização, ou seja, a tomada desse pensamento mais como uma ideologia do que como uma análise interpretativa da realidade. De outro lado, existe o risco de os termos se tornarem meros lemas ou jargões sem um domínio claro de seu sentido.

E, adicionalmente, ainda chama a atenção o fato de que o diagnóstico sobre o funcionamento atual do SUS, nos documentos mencionados, não traz nenhuma hipótese histórica que explique como chegamos aos problemas do presente.

## As publicações científicas

Do conjunto de publicações levantadas, 98 foram selecionadas para análise final<sup>2</sup>. O primeiro exame realizado buscou classificá-las segundo a abordagem para a problematização da humanização. A literatura acerca do tema indica a existência de uma multiplicidade de dimensões que seriam consideradas as substantivas da humanização e, assim, engendram também uma multiplicidade de definições sobre a humanização. Dessa forma, categorizamos a humanização em quatro diferentes abordagens: 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 profissionais.

Agrupamos essas quatro abordagens em duas situações polares em relação ao seu recorte da prática de saúde: as duas primeiras constituíram situações da relação entre profissionais e usuários e as duas últimas, situações de gestão. As publicações foram discriminadas levando-se em conta se abordavam a humanização por meio do exame da hierarquia do trabalho, da organização do serviço e do trabalho parcelado ou se abordavam a humanização com base no interior do processo de trabalho, por meio da interação entre o profissional e o usuário.

Dentre elas se destacam: a produção sobre o tema que cresce ao longo do tempo; estudos centrados em discutir a gestão e abordar sobretudo os profissionais; estudos centrados nos aportes teóricos das representações sociais; volume que se pode considerar até acanhado de produção de dados primários. Chama a atenção, assim, o fato de que, para uma problemática recém-admitida no campo da Saúde Coletiva e demandando, por isso mesmo, elaboração conceitual original, exista tão pouca diversidade de estudos ou de referenciais teóricos utilizados, ao mesmo tempo em que apresentam sentidos diversos para humanização que não dialogam entre si.

Essa produção bibliográfica também é aqui examinada da perspectiva teórica, em termos da exploração da noção de cuidado subjacente ao estudo publicado, e em termos da conceituação de humanização. Tal exame buscou tanto a definição desses termos ao longo da publicação quanto a utilização dessas noções na relação epistemológica entre os tópicos introdução, metodologia, análise/interpretação e discussão dos dados. Esse exame tomou por base a formulação teórica sobre o cuidado em saúde feita por Ayres<sup>5</sup> e a formulação teórica sobre a relação epistemológica entre engajamento ético-político e produção de conhecimento científico feita por Schraiber<sup>6</sup> e aplicada em exame da produção bibliográfica da Saúde Coletiva quanto ao uso do conceito de gênero por Araújo *et al.*<sup>7</sup>.

Relativamente ao cuidado, Ayres<sup>5</sup> aponta duas dimensões articuladas: a do êxito técnico, que diz respeito a relações meios e fins da intervenção delimitada pela biomedicina, e a do sucesso prático, que diz respeito a relações intersubjetivas que valorizam a perspectiva de cuidado trazida pelo usuário, como parte de seu entendimento de adoecimento e recuperação, e, nesse sentido, intervenções compartilhadas na relação profissional-usuário. Assim, podem-se examinar as publicações quanto à presença ou não da problematização do cuidado a ser prestado na perspectiva da humanização de ambas as dimensões, com clara ênfase na valorização do sucesso prático, o qual recoloca o usuário como sujeito participante da própria intervenção assistencial. Contudo, o observado foi que o sucesso prático surge tematizado apenas em 34 das publicações.

Já relativamente ao engajamento ético-político articulado à produção do conhecimento, os dois estudos citados vão apontar para a importância de serem valorizadas nas pesquisas as questões trazidas por movimentos sociais em prol da melhoria da atenção aos indivíduos e às populações. Não obstante, a articulação com a produção do conhecimento científico exigiria um passo adicional no sentido de se incorporar, adicionalmente, às perspectivas dos movimentos sociais, à construção conceitual de explicações/compreensões como parte das determinações sociais e culturais dos adoecimentos e dos cuidados. É nesse sentido que Araújo *et al.*<sup>7</sup> examinam o uso do termo “gênero” como um lema ativista e como um conceito que explica histórica e socialmente as desigualdades sociais entre homens e mulheres.

Humanização, como objeto de estudo, traz, assim, uma primeira dificuldade inicial, dado que nomeia ao mesmo tempo um mote dos movimentos sociais em luta pelos seus direitos e uma política pública de intervenção estatal em serviços de saúde. Consequentemente, as publicações acerca da humanização têm se caracterizado pela diversidade de desenhos de pesquisa e pela pluralidade de definições: a humanização aparece como oposição à violência por parte dos autores; como luta por direitos negados dentro dos serviços de saúde; como atributo desejável e negligenciado por parte dos profissionais; e como luta por melhores condições de trabalho.

Para tratar especificamente da dimensão conceitual nas publicações selecionadas, foram discriminadas, então, duas categorias. Primeiramente, separamos os artigos que tratam da humanização no horizonte político-pragmático dos movimentos sociais que cunharam o termo: são publicações preocupadas em apresentar/denunciar/problematizar o trabalho em saúde por meio da perspectiva da humanização, aderindo aos motes dos movimentos sociais. Dada a característica pragmática do campo da Saúde Coletiva<sup>8</sup> e sua íntima relação com os movimentos sociais, esse tipo de publicação é bastante comum, compondo 65% das publicações selecionadas.

Em segundo lugar, categorizamos como “conceitual” aquelas publicações que se prestam à análise da humanização com base em algum quadro teórico previamente definido, pelo qual se interprete a humanização. Ou seja, uma explicação de social e de humano de que os estudos se utilizam e, por meio dela, compõem suas interpretações da humanização em saúde. Menos comuns, essas categorias representam 35% da produção selecionada.

A humanização aparece como um movimento crescente, tanto do ponto de vista dos diferentes sentidos que o termo pode assumir quanto da diversidade de propostas de intervenção. Nessa 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”<sup>9</sup> (p. 1.344). Cada publicação se detém em 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.

Essas pesquisas se detém em temas bastante distantes prática e teoricamente entre si, tais como: a melhora ou a mudança da relação profissional-usuário, a crítica do modelo biomédico de atenção à saúde, novas propostas de participação popular e mudanças nas estruturas gerenciais dos serviços, propostas de mudança



ou críticas aos modelos de ensino na saúde, entre outras e variadas proposições<sup>(c)</sup>. Mesmo em cada uma dessas temáticas, observa-se uma profusão 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.

Quanto à concentração da abordagem das representações sociais na produção selecionada, cabe comentar a leitura de Moscovici<sup>10</sup>, para quem 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 por meio do encadeamento de fenômenos interativos, fruto dos processos sociais do cotidiano. Desse modo, busca-se, com base na teoria de Émile Durkheim, 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, em como elas se relacionam com a realidade e com a teoria que embasaria seus estudos, demandando que apresentassem uma discussão sobre os conceitos de social e de humano adotados em seus referenciais. Em razão disso, não saem do senso comum dos problemas de saúde, limitando-se a apresentar fatos e interpretações visitadas e revisitadas no campo. Nesse sentido, grande parte das publicações examinadas intitula seus estudos com variações do nome “percepções dos trabalhadores sobre humanização” e não entram na questão de qual teoria ou ideologia está sendo refletida ou contida na fala dos profissionais. Esses artigos formam um compêndio homogeneizado e repetitivo acerca da humanização, e nele temos aqueles mostrando que os profissionais acreditam que eles mesmos precisam mudar de atitude; outros, nos quais os profissionais expõem a impossibilidade do atendimento humanizado dadas as condições de trabalho; e os que apontam a falta de valorização do “humano” nos serviços e na sociedade<sup>(d)</sup>.

Isso se deve à forma pela qual está estruturada a produção de conhecimento em Medicina e na Saúde Pública de forma geral, cujo caráter pragmático se volta mais aos processos práticos de intervenção sobre esferas consideradas não humanizadas das práticas de saúde do que a uma busca por compreender o que seria a humanização dessas práticas<sup>(e)</sup>.

## Poder, violência e autoridade nas publicações selecionadas

Poder, violência e autoridade aparecem como conceitos correlacionados entre si. Parte significativa dos pesquisadores defende que poder e autoridade seriam a mesma coisa, condicionando ambos ao fenômeno da violência. Violência, seria, nesses referentes, um “excesso” de poder ou um “abuso” de autoridade.

A autoridade profissional surge como aquela que usurparia a fala e o saber do usuário, como justificativa para o controle, a submissão e a obediência. Autoridade é

<sup>(c)</sup> O rol de publicações correspondente a cada tema se encontra em Azeredo<sup>2</sup>.

<sup>(d)</sup> O rol de publicações correspondente a cada uma dessas visões se encontra em Azeredo<sup>2</sup>.

<sup>(e)</sup> A preocupação exclusivamente tecnológica das pesquisas em saúde leva ao que Ayres<sup>5</sup> e Schraiber<sup>6</sup> denominaram “rarefação teórica”.



vista como um atributo negativo que deveria ser, de toda forma, evitada, pois seria o fundamento de uma relação violenta por parte dos próprios profissionais.

O “poder” aparece nas publicações selecionadas com um uso bastante semelhante ao de autoridade, muitas vezes, inclusive, como termos sinônimos. O poder também é tratado como se fosse entrelaçado com a violência, de forma que o exercício da violência seria intrínseco ao poder: ter, deter ou exercer o poder aparece como um atributo negativo, como se o caminho natural fosse tornar-se violência.

Na dimensão das práticas de saúde, o poder é visto como ocultação, pelos profissionais, de informações acerca dos procedimentos e do estado de saúde dos pacientes, bem como a desqualificação dos saberes do usuário sobre seu corpo e sua experiência no adoecer, cujo objetivo seria tornar ainda mais desigual a relação entre os dois entes.

O poder é também visto como o caminho que leva à imposição da vontade dos profissionais sobre os corpos dos usuários: toda forma de cerceamento de liberdade, inclusive o fundamento da decisão sobre a vida e a morte.

As publicações selecionadas do campo da Saúde Coletiva encontram a origem do problema da violência nos serviços de saúde, na assimetria de poder entre profissionais e usuários. Assim, a diminuição do poder e da autoridade dos profissionais corresponderia ao respeito aos corpos, aos direitos e vontades dos usuários e por esse caminho o fim da violência. Nesse contexto, “deter o poder” significa colocar o usuário em uma posição de submissão, de desconhecimento que visa a sustentação da assimetria.

Parece-nos que estamos diante não apenas de compreensões dos conceitos de poder, violência e autoridade que anulam quaisquer distinções entre si, mas também da ausência de distinção entre o plano da ação técnica e aquele da ação moral, que estão articulados na prática cotidiana, como apontou Schraiber<sup>11,12</sup> a propósito do trabalho médico. O fato de que a técnica depende da relação médico-paciente e que elementos morais, assim como ético-políticos e sociais, estão implicados nessa relação – a ponto de a técnica em Medicina poder ser caracterizada como uma técnica moral dependente<sup>11</sup> – não significa 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<sup>11</sup>, muitas vezes faz o médico passar da intervenção técnica à ação moral como se fosse um contínuo de mesma autoridade.

Um exemplo disso é o modo como alguns profissionais se posicionam diante da sensível questão do aborto, com deslocamento fácil da autoridade técnica para uma de cunho moral e da intervenção técnica para o aconselhamento moral<sup>13</sup>. Nesse caso, trata-se de uma autoridade técnico-científica que invade o terreno da moralidade, 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”<sup>(f)</sup> do paciente<sup>5</sup> ou a sua competência própria no lidar com a sua enfermidade<sup>15</sup>. No entanto, há no encontro clínico dois tipos de assimetria: a do profissional relativamente à sua maior autoridade no uso do saber técnico-científico e a do paciente relativamente às competências práticas para seguir o modo social de andar a vida em sendo portador de adoecimentos. Ocorre que, quando na esfera da técnica o profissional valoriza a autoridade do paciente, se consegue um equilíbrio entre as

<sup>(f)</sup> Note-se aqui que este termo saber prático não quer fazer referência ao conhecimento técnico que rege a intervenção, mas a um saber-fazer decorrente de juízo do tipo prático, uma sabedoria quanto ao que fazer baseado na experiência vivida e não decorrente de um juízo técnico-científico, como é o saber operante das técnicas em geral e da intervenção médica em particular. Para maior aprofundamento veja-se Ricoeur<sup>14</sup>.



distintas autoridades em jogo, o que pode sugerir uma simetria. De outro lado, o que está acontecendo no cotidiano dos serviços atualmente é que a autoridade do paciente tem sido anulada, parecendo ocorrer nessa anulação um abuso de poder da outra autoridade, ainda que não seja exatamente um abuso de poder, mas uma violência, um não reconhecimento do outro como sujeito.

## Discussão

Objetivando distinguir esses conceitos, buscamos referências na análise histórico-interpretativa de Hannah Arendt<sup>16</sup>, para quem reconhecer e seguir uma autoridade ou agir na condição de mando-obediência não são equivalentes. Arendt também afirma a existência de uma profunda crise da autoridade no mundo moderno, que culmina nos regimes autoritários do século 20. A autoridade é entendida pela autora como um tipo de relação assimétrica entre dois indivíduos. Essa assimetria não se pauta na violência, pelo contrário, já que todo uso da violência representa o fracasso da autoridade<sup>16</sup>. Essa relação assimétrica também não está pautada no convencimento, já que isso só poderia acontecer em uma relação entre iguais. A autoridade, então, se pauta no próprio reconhecimento da condição desigual da relação dos dois polos, legitimando a hierarquia na relação.

A autoridade, em Arendt, está ligada ao conceito de tradição, constituída pelos postulados do passado que ajudam os homens do presente nos momentos de decisões, crises, dificuldades e mudanças. Os alicerces da tradição são corroídos na Modernidade por meio do novo lugar da Ciência e da tecnologia na sociedade. Esse fio que liga o passado ao futuro foi rompido pela Ciência moderna com o surgimento do imperativo cartesiano da dúvida hiperbólica, que põe em xeque toda forma de autoridade, de hierarquia e de herança do passado sobre o presente.

Seguindo o estudo realizado por Schraiber<sup>12</sup> com médicos de São Paulo, a tradição em Medicina está ancorada no ideário do trabalho liberal, ou seja, naquele trabalho em que o produtor detém o controle sobre os meios de produção, o fluxo da clientela e a organização e a jornada de seu trabalho. O imaginário social da tradição em Medicina é do médico que carregava uma pequena maleta e ia até a casa dos seus pacientes portando pouco mais que seu estetoscópio, e conhecia a casa, os familiares, o trabalho e os costumes de seu cliente. Munido de pouca tecnologia, como exames, instrumentos e 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 de vida, trabalho, costumes e condições sociais de seus pacientes. Entram em jogo as possibilidades econômicas, as disposições materiais, os efeitos colaterais na vida do paciente e os possíveis efeitos iatrogênicos. É nesse contexto que se criam os vínculos de confiança entre médicos e pacientes, que representam o reconhecimento e a legitimação da relação hierárquica de autoridade.

A autoridade médica se ancorou na história da profissão pela eficácia de sua prática e pela 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 por meio dele

que a autoridade pode se estabelecer, já que, como coloca Arendt<sup>16</sup>, o que conecta os dois polos é o próprio reconhecimento de que a relação só existe por uma assimetria, ou seja, a legitimidade da autoridade se assenta no lugar estável e determinado que ambos reconhecem. A relação entre médico e paciente nunca pode ser uma relação entre iguais, principalmente porque a assimetria é o motivo do estabelecimento da relação. É pela 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”<sup>11</sup>. Esses vínculos se esgarçam na Medicina tecnológica iniciando o processo que diminui a autoridade médica em vez de aumentá-la – ao contrário do que defendem as publicações selecionadas do campo da Saúde Coletiva.

A crise da tradição do trabalho médico será o rebaixamento de todas as antigas 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 da própria experiência do médico – em relação ao conhecimento da Ciência. Por meio do rebaixamento nasce a crise dos vínculos de confiança e, então, da relação entre médicos e pacientes, situação em que os médicos ainda esperam o reconhecimento da autoridade, que, todavia, já não mais ocorre.

Na Medicina tecnológica, a Ciência se tornará o grande crivo do trabalho médico, por meio de suas renovadas técnicas 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 a gama de saberes não científicos – 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 nos aparatos tecnológicos, rompendo, assim, nos termos de Arendt<sup>16</sup>, o fio que liga o passado ao futuro.

O empresariamento do trabalho em saúde transforma a relação, no sentido em que o cidadão não procura mais o médico que lhe foi indicado, consulta-se com ele e, com base em 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, na UBS da sua região ou 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 por meio do hospital, do Estado ou do plano de saúde.

Assim, a relação entre médico e paciente passa a ser sobredeterminada por um ente externo. As instituições passam a determinar como essa relação ocorrerá, qual será o valor pago e recebido pelo serviço, o local e o tempo das consultas, quais os instrumentos, tecnologias e medicamentos disponíveis. A precarização dessa relação leva à 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.

Mas essa transformação é de algum modo percebida por médicos e pacientes na ideia de que, embora a Medicina vá muito bem nos seus avanços tecnológicos, a esfera relacional vai muito mal<sup>12,17</sup>. 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 e a empresa que se encontrava na posição de intermediária passa a ocupar o lugar

de autoridade, enquanto o profissional se torna o intermediário ao acesso às tecnologias. Contemporaneamente, esse profissional aparece para a população como recurso que, por vezes, burocratiza e atrapalha o seu acesso à tecnologia ou aos medicamentos.

Ideologicamente, a Ciência é vista pelo público leigo, inclusive por parte dos produtores e operadores de tecnologia, como a melhor forma e a mais evoluída na produção do conhecimento, e a única matéria de acesso à verdade, escamoteando ou simplesmente desqualificando as limitações que os desenhos das pesquisas científicas impõem a esse conhecimento, o que é de pleno reconhecimento dos próprios cientistas.

Essa hierarquia diferenciada em relação ao estatuto científico desse conhecimento produz o entendimento da patologia como entidade natural e neutra sobre a qual o médico atuará com base em técnicas e tecnologias cientificamente fundadas. Seriam, portanto, intervenções técnicas de caráter neutro sobre uma disfunção de origem natural. Assim, a confiança sobre essa Ciência cresce concomitantemente aos entes tecnológicos que produz.

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. Nessa transformação ocorre 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 aplicador de seus protocolos de uso, desvalorizando a necessidade de uma reflexão quanto ao contingencial de cada caso perante a abstração generalizadora que a patologia faz para todos os corpos. Esse processo de rebaixamento do julgamento do homem em relação ao poderio da maquinaria é, para Arendt, característico da Modernidade. A desconfiança sobre o julgamento médico parece crescer em proporção ao desenvolvimento dos instrumentos que primeiramente auxiliariam o discernimento do profissional, mas que, na contemporaneidade, tendem a substituí-lo<sup>12</sup>.

O paciente se torna consumidor dos insumos da saúde: com o acesso à informação, normalmente na internet, ele já “sabe” que exame quer fazer e que remédio quer tomar. Assim, a autoridade sobre as decisões clínicas sai 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 aumentou as possibilidades de intervenção médica, ampliando o conforto dos profissionais em seus desempenhos, por outro, representou o desconforto para os médicos de se verem reduzidos a dispositivos no acesso às tecnologias.

## Conclusão

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 em vez de dialogar com o paciente, assegurando tal imposição pelo controle que ainda efetivamente detém no acesso às diversas tecnologias da saúde. Essas atitudes reforçam a precariedade da interação e se apresentam em relações nas quais a autoridade é substituída pela violência. Assim, o uso por parte do médico do



posto de autoridade que antes ocupava, no momento em que se perde a legitimidade para fazê-lo, transforma-se apenas em exercício de sobre o paciente, situação em que, como diz Arendt<sup>18</sup>, não há nada mais ali de poder, apenas violência.

A primeira diferenciação importante para Arendt<sup>18</sup>, no que concerne a violência e poder, é que a primeira 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. Para a autora, o poder é a ação orquestrada de homens e mulheres e, dessa maneira, o poder pode ser legítimo e ilegítimo. Já a violência, na qualidade de instrumento, só pode ser entendida como justificável ou injustificável.

Dessa forma, a violência institucional na saúde parece ser instrumento para forçar o reestabelecimento de uma autoridade perdida; no entanto, como argumentamos, a autoridade não se confunde com obediência. Além disso, a violência nos serviços também pode ser explicada como o instrumento que possibilita funcionar a engrenagem da cadeia produtiva dos serviços de saúde. Dado o curto tempo para a relação efetiva entre profissional e usuário, resta ao profissional tomar o corpo concreto do usuário como o corpo abstrato da Ciência. Destarte, a única maneira de tratar a doença no lugar do doente é pela violência.

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 na crise da autoridade em saúde dos profissionais e no esvaziamento dos espaços políticos de poder dentro da relação clínica.

A humanização, como respeito aos usuários e fim da violência nos serviços, nos parece ser uma luta a ser travada por condições e demandas de trabalho que sejam compatíveis com uma prática que possa particularizar os entes abstratos da Ciência na concretude singular de cada corpo. Para tal, é fundamental um tempo de consulta que permita o estabelecimento da vinculação entre profissional e usuário, para que ali possa emergir tanto a experiência particular do adoecimento quanto a experiência pretérita do profissional. Por fim, a luta pela humanização parece constituir-se em um âmbito mais estrutural como luta contra a produção de caráter fabril na saúde. Humanizar surge, assim, como o respeito às individualidades e a possibilidade da interação intersubjetiva entre profissionais e usuários e não como uma retomada de preceitos morais de qualquer filosofia de caráter humanista.



## Contribuições dos autores

Ambos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editor

Antonio Pithon Cyrino

### Editor associado

Tiago Rocha Pinto

### Submetido em

19/12/19

### Aprovado em

11/09/20

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Azeredo YN. Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
3. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(9):3013-22.
4. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
5. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009.
6. 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.
7. 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.



8. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998; 32(4):299-316.
9. Puccini P, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1342-53.
10. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2004.
11. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
12. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Castro R, López Gómez A. 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: UNAM, CRIM; 2010.
14. Ricoeur P. Do texto à acção. Porto: RÉS-editora; 1989.
15. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: UNESP; 2009.
16. Arendt H. Entre o passado e o futuro. São Paulo: Perspectiva; 2011.
17. 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: Universidade de São Paulo; 2010.
18. Arendt H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.





This article is the result of the dissertation “Collective health and philosophy: Hannah Arendt’s contributions to the humanization debate” aiming to analyze the humanization concept in the production of the Collective Health field. The study used qualitative methodology, and the empirical material was constituted by official documents of the Ministry of Health as well as selected articles in the field of Collective Health. It analyzed how the term humanization is used, trying to apprehend how it is understood and built as a concept. The reference framework was constituted by the bibliography that examines the historical context of social transformations through which working on health in Modernity has gone through, added to the reflections about the concepts of violence and power developed by Hannah Arendt. Conceptual distinctions necessary in the configuration of medical power in health services were acknowledged, providing new approaches to the topic of humanization.

**Keywords:** Humanization of care. Dehumanization. Health work. Health services. Violence.

---

Este artículo es resultado de la disertación “Salud colectiva y filosofía: contribuciones de Hannah Arendt para el debate de humanización” cuyo objetivo fue el análisis del concepto de humanización en la producción del campo de la Salud Colectiva. La metodología fue de vertiente cualitativa, siendo lo empírico constituido por documentos oficiales del Ministerio de la Salud y de artículos seleccionados del campo de Salud Colectiva. Se analizó cómo se utiliza el término humanización, buscando comprender cómo lo entienden y construyen una conceptualización. El cuadro referencial se constituyó por medio de la bibliografía que examina el contexto histórico de las transformaciones sociales por las cuales pasó el trabajo en salud en la Modernidad, hasta la configuración más actual, además de las reflexiones alrededor de los conceptos de violencia y poder desarrolladas por Hannah Arendt. Se reconocieron distinciones conceptuales necesarias en la configuración del poder médico en los servicios de salud, propiciando nuevas aproximaciones al tema de la humanización.

**Palabras clave:** Humanización de la asistencia. Deshumanización. Trabajo en salud. Servicios de salud. Violencia.