

CUIDAR E SER CUIDADO: RELAÇÃO TERAPÊUTICA INTERATIVA PROFISSIONAL-PACIENTE NA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

To care and to be cared for: interactive therapeutic professional-patient relationship in the humanization of health care

Annatália Meneses de Amorim Gomes¹, Marilyn Kay Nations²,
José Jackson Coelho Sampaio³, Maria Socorro Costa Feitosa Alves⁴

RESUMO

Este ensaio é uma reflexão crítica sobre a relação profissional-paciente baseada em revisão sumária de uma literatura específica. Na história da Ciência Médica, destacam-se três aspectos que contribuíram para constituir uma relação objetiva e positiva entre o cuidador e o ser cuidado: o paradigma biomédico, a formação tecnicista e o determinismo econômico. Deste modo, emoções, crenças, valores, ambiente socioeconômico e familiar, doadores de determinantes e significados do processo saúde-doença, foram menos valorizados no encontro clínico. Mudanças nos processos e práticas de saúde exigem vários projetos de enfrentamento e solução. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde - PNH, criada pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2003, com ênfase no cuidado humano, juntamente com outras iniciativas no campo da saúde, contribuem para recuperar o que havia sido pouco valorizado. Transformar a conduta atual em cuidado interativo requer o estabelecimento de uma relação participativa, praticada na perspectiva da integralidade, que centra o cuidado no ser humano em sua complexidade histórica, insere a subjetividade, compreende as diferenças, incorpora os princípios éticos, valoriza a comunicação dialogada e promove a autonomia. Além da tecnologia de equipamentos, é imprescindível considerar este encontro entre pessoas e imaginários, de forma ampla e intersubjetiva, favorecendo a expressão criativa e autônoma dos sujeitos. Para aflorar o cuidado clínico humano, é preciso, ainda, propiciar uma formação profissional interdisciplinar e apoiada filosoficamente.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Profissional-Paciente; Humanização da Assistência; Assistência Centrada no Paciente; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This essay is a critical reflection on the relationship between the healthcare professional and the patient, based on a review of the literature. In the history of medical science, we may highlight three aspects that contributed to the establishment of an objective and positive relationship between the caregiver and the patient: biomedical paradigm, technical education, and economic determinism. Thus, emotions, beliefs, values, the socioeconomic and family environments, contributors of determinant factors and meanings in the health-disease process, were less valued in the clinical encounter. Changes in healthcare processes and practices require various projects to cope with this issue and to offer solutions. The National Policy on Humanization of Healthcare and Health Management, created by the Brazilian Ministry of Health in 2003 with emphasis on humane care, comes together with other health care initiatives aimed to help restoring what has been undervalued. Transforming the current behavior into interactive care requires the establishment of a participative relationship, practiced with an integrating perspective, which focuses on the caretaking of the human being with his historical complexity, inserts subjectivity, understands differences, incorporates ethical principles, values dialogical communication and promotes autonomy. Beyond the technological equipment, it is essential to consider this encounter between people and thoughts in a broad and intersubjective fashion, encouraging creative and autonomous expression of the subjects. To bring out the humane clinical care, we must also provide interdisciplinary and philosophically supported training.

KEY WORDS: Professional-Patient Relations; Humanization of Assistance; Patient-Centered Care; Health Services.

¹ Annatália Meneses de Amorim Gomes. Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Colaboradora do Mestrado de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: annataliagomes@secrel.com.br

² Marilyn Kay Nations. Antropóloga. Ph.d em Antropologia Médica. Professora Titular do Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

³ José Jackson Coelho Sampaio. Médico. Doutor em Medicina Social. Professor Titular em Saúde Pública e Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

⁴ Maria Socorro Costa Feitosa Alves. Odontóloga. Ph.d Psicologia Social. Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

INTRODUÇÃO

O aprimoramento dos processos que envolvem a relação do profissional de saúde com o paciente é fundamental para a humanização destes procedimentos e para a melhor qualificação dos resultados. Por sua relevância na ação clínica, o problema suscita diversos estudos, principalmente no que diz respeito à relação médico-paciente.^{1,2} Embora esta relação apresente características peculiares, o contexto de sua realização, de um modo geral, é semelhante em todas as profissões do campo da saúde, por formação ou por atuação, podendo sua análise ser passível de generalização.

A prática das profissões da saúde, nas condições de massificação, mercantilização e supervalorização da técnica, situou a subjetividade do paciente em posição secundária e destacou a objetividade da doença.^{3,4} Ao relevar a experiência emocional do adoecimento e os significados atribuídos por quem é cuidado, aumentou-se a distância entre os sujeitos da relação. Recorrer à racionalidade e ao legado de ferramentas diagnósticas, prognósticas e terapêuticas é necessário, mas não parece suficiente para abarcar a complexidade da saúde humana.

No atual contexto brasileiro, de mudanças significativas do Sistema Único de Saúde - SUS, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade⁵, a relação profissional-paciente torna-se estratégica. O novo sistema exige a consolidação da Medicina Geral, Comunitária e de Família, para a qual o paciente não é o indivíduo doente, mas sua integração com família, comunidade e condições de vida.⁶ A implantação do SUS, pelos níveis de atenção e pelos estados e municípios brasileiros, não é homogênea, o que resulta na permanência de, em muitos lugares, baixa qualidade dos serviços, intensas contradições internas e desgaste do vínculo entre profissionais e pacientes. Esta implantação, porém, mesmo irregular, alterou as concepções sobre direitos do paciente, concebido integralmente como cidadão: garantiu sua participação nas decisões clínicas; situou a consciência da saúde no âmbito dos direitos humanos, sociais e políticos; e possibilitou o acesso de todos às informações pelas mídias e tecnologias da informática.

Este estudo tem como base pesquisa bibliográfica focada na relação profissional-paciente, segundo referenciais associados às teorias críticas, da complexidade e da problematização, implicando a integração de elementos éticos, econômicos, políticos, culturais, técnicos e psicossociais, peculiares aos sujeitos, contextos e práticas, entre quem cuida e quem é cuidado, destacando as propostas da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde-PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.⁷ Os

procedimentos obedeceram os seguintes passos: escolha do tema, elaboração da problemática, busca das fontes em livros, periódicos científicos indexados nas bases de dados *Medline* e *Lilacs*, leitura exploratória, seleção do material, ordenação e síntese das informações e elaboração do artigo.

Pretende-se, nesta revisão sumária da literatura, refletir sobre o fenômeno terapêutico no cerne de uma atenção humanizada em saúde, focando principalmente os elementos que tornam possível a transformação do paciente em sujeito. Essa revisão dos referenciais do cuidado humano em saúde e das diretrizes da PNH⁷ permite discutir algumas condições consideradas imprescindíveis para aflorar uma relação clínica participativa, solidária, geradora de autonomia, praticada na perspectiva da integralidade.

A história da relação terapêutica em crise

No transcorrer dos séculos XIX e XX, as práticas dos profissionais da saúde desenvolveram um caráter humanístico e humanitário problemático, pela multiplicação de profissões e especialidades, modos de organização e de financiamento, avanços tecnológicos duros, mercantilização e massificação. Discutem-se três aspectos que influenciaram a constituição de uma relação profissional-paciente objetiva, positivista e mecanicista, tão criticada na atualidade. Primeiro, o paradigma cientificista enfatizou a racionalidade, o tecnicismo e a especialização, hipertrofiando-os; em seguida, a formação profissional, calcada em Biologia, Anatomia e Fisiologia, relativizou as ciências sociais e humanas e o saber artístico-cultural; e, por último, o impacto dos interesses econômicos, imposto pela lógica da razão capitalista, reduziu a relação terapêutica a preço, produtividade e valor de troca.⁸

O modelo biomédico⁹ nem sempre pautou a relação profissional-paciente na utilização excessiva da técnica. O médico que surgiu entre os séculos XVIII e XIX manteve certa fidelidade a um modelo grego idealizado, de um filósofo dotado de visão holística, um conhecedor das leis da natureza e da alma humana. Comenta Gallian¹⁰ que a Medicina ocidental moderna, em sua origem, constituía uma prática essencialmente humanística, percebida como ciência e arte, calcada na Filosofia da Natureza. Seu sistema teórico concebia o ser humano como dotado de corpo, consciência e espírito. Ressalte-se o fato de que, nos diferentes modos de compreender saúde e enfrentar problemas neste campo, tanto a noção de cuidado e de clínica como as práticas dos agentes mudam de modo significativo, às vezes em saltos, sem linearidade.

O desenvolvimento da ciência e do modo de produção capitalista, com origem no século XVI, foi aprofundado

com as revoluções industriais do século XIX, e constituem a base do paradigma cientificista, que repercute nas visões de mundo e nas tecnologias de cuidado, e acirram a constituição de uma prática de saúde focada no controle ou supressão das síndromes, na remuneração de procedimentos e na especialização técnica. As descobertas da Microbiologia e o aparecimento de medicamentos para analgesia, anestesia e antissepsia propiciaram uma eficácia na cura e um domínio das doenças, sem precedentes na história. Ocorreram profundas transformações na organização dos cuidados, nas políticas públicas, nas representações sociais sobre saúde e doença e, portanto, na relação dos profissionais de saúde com seus pacientes e dos profissionais de saúde entre si, trazendo à ordem atual dos debates, por exemplo, o papel do médico. A produção da vida, cada vez mais, é subordinada à produção da saúde, por meio de bens, medicamentos, órteses e próteses, levando a uma radical subordinação do paciente ao profissional de saúde, principalmente o médico, ao mesmo tempo que se aprofundam as contestações e enfrentamentos por igualdade, protagonismo dos outros profissionais e dos pacientes, autonomia e participação em todo e qualquer processo decisório, sobretudo em relação ao estilo e às finalidades da vida.

A revolução cartesiana do século XVII constitui a maior mudança na história da Medicina ocidental moderna que, ao longo dos dois séculos seguintes, em sinergismo com o desenvolvimento econômico e tecnológico, levou os médicos, por exemplo, a concentrarem-se na máquina corporal, apartando mais e mais corpo e mente, e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença:

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enquiçado.^{9:116}

Cronologicamente, a evolução da Biologia acompanhou o desenvolvimento da Medicina, de forma interdependente. A percepção mecanicista e positivista da vida, predominante em seus domínios de conhecimento nos séculos XVIII e XIX, estabeleceu padrão para os demais conhecimentos, notadamente a Ciência Médica. As transformações ocorrentes na Medicina, no século XIX, como os progressos no campo da Biologia Celular, os estudos de Pasteur sobre os microorganismos e o nascimento da clínica positivista, favoreceram sucessos tecnológicos extraordinários, mas pro-

vocaram também um reducionismo do homem às suas partes constituintes, originando as concepções e práticas especializadas, objetivas, produtos de causas recortadas no tempo e nos órgãos, que se tornaram dominantes na atualidade.¹¹

Essa tendência consolidou-se na Ciência Médica do século XX, apoiada nas descobertas da Farmacologia, da Imunologia, da Genética e da evolução tecnológica incorporada aos cuidados em saúde. Se, por um lado, tal concepção ocasionou avanços instrumentais, tecnocientíficos, absolutamente necessários, de outra parte, promoveu importantes mudanças na natureza do cuidado, reduzindo as dimensões ética, política, antropológica e psicológica, tão essenciais para uma relação de cuidado.¹² Esse raciocínio imprimiu a ênfase na doença e não no doente, mais ainda, na doença e não na saúde, no órgão e não no organismo, no organismo e não na pessoa, na pessoa isolada e não na conjunção crítica de determinantes das condições de existência. É urgente, portanto, repensar esse paradigma vigente, pois constitui o alicerce conceitual da prática atual.^{8,11}

A visão fragmentada resultou no reducionismo biológico, mecânico e técnico que baseia a organização das especialidades e dos hospitais na racionalidade derivada da lógica industrial técnico-burocrática e da individualização taylorista dos processos de trabalho. Embora apresente grandes vantagens técnicas, transforma o pensamento médico de crítico-aplicado em instrumental-operativo. De um modo geral, emoções, crenças e valores, os contextos culturais, socioeconômicos e familiares doadores de determinantes e de significados, ligados à saúde, à doença e às formas de atendimento, receberam cada vez menos importância no trabalho assistencial.¹³

A tendência a uma formação predominantemente tecnicista na área de saúde é o segundo aspecto que contribuiu para o empobrecimento do vínculo humanístico da relação terapêutica. Na transição para uma medicina científica, a formação tornou-se cada vez mais especializada e perdeu o caráter pluralista. À medida que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas e sociais decresceu, focalizando o conteúdo acadêmico na Anatomia, na Patologia e na Fisiologia, que são necessárias, mas fazendo desaparecer Filosofia, Antropologia, Psicologia, também imprescindíveis. Foram desconsideradas a história da pessoa doente e sua necessidade de apoio moral e psicológico, deste modo impessoalizando o ensino, a prática e o próprio profissional da saúde.²

Os primeiros esforços empreendidos em busca de sobrepujar essa compartimentalização e esse objetivismo remontam ao final da 2ª Guerra Mundial, estendendo-se nas décadas seguintes, quando se pretendia instaurar um

modelo pedagógico integral e integrado da educação médica. Apesar de muitos avanços, ainda sobressaem desafios, pois “perpetua-se uma universidade de caráter tradicional, quando o desejável é a universidade interdisciplinar e inovadora, em que a reflexão e a crítica epistemológica estejam presentes e sejam superados os cortes universidade/sociedade, saber/realidade”^{14:631}.

Na América Latina, desde 1992, um programa denominado Uma Nova Iniciativa na Educação do Profissional da Saúde: União com a Comunidade-UNI congrega onze países do Continente e visa a formar o trabalhador da saúde na perspectiva da integração universidade, serviço e organização comunitária, com o foco nas necessidades sociais.^{15,16} Em diferentes contextos, variadas experiências tentam mudar o processo de formação, a exemplo, em período recente, do Ministério da Saúde do Brasil, gestor do SUS, que desenvolveu o programa Aprender SUS, visando à integralidade da atenção, centrando a produção do cuidado e a organização dos serviços de saúde nas necessidades dos usuários.¹⁷

A crescente complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de um olhar abrangente dos fenômenos humanos e de uma atenção mais complexa e sensível exigem integrar a Técnica, a Arte, a Filosofia, a Ética, a Política e as Disciplinas Sociais ou Ecológicas nas ações do cuidado em saúde. Trata-se não de polarizar Arte e Ciência, como nos alerta Ayres¹², mas de compreender a dinâmica da relação do par arte/tecnociência como indissociáveis na produção da saúde, por interdeterminação e interdependência, permutando os grandes poderes de cada um entre os dois elementos em relação. Algumas propostas na formação dos profissionais da saúde visam a romper a fragmentação curricular pela inclusão das ciências humanas e sociais, ênfase no compromisso ético-humanista e incorporação de novas tecnologias. São propostos métodos ativos de ensino-aprendizagem, contato dos estudantes com as realidades sociais e culturais das populações, com avaliação formativa e somativa durante o curso.¹⁸

As relações na prática de saúde orientadas por exigências de mercado, transformando a relação com o paciente numa transação econômica, consistem no terceiro fator desagregador do encontro clínico. A Medicina alopática, por exemplo, apesar dos incontáveis benefícios produzidos no alívio da dor, na promoção de conforto do paciente e na cura invasiva, farmacológica ou cirúrgica, ao ser capturada pelos determinantes econômicos, torna secundárias dinâmicas fundamentais dos processos etiológicos e terapêuticos, como os ecológicos, os sociais, os simbólicos e os vivenciais-afetivos.¹⁹

O modelo das práticas de saúde realiza adesão acrítica do campo da saúde à razão capitalista de produção e distribuição de riqueza, daí concentrar vantagens no polo dos produtores de bens e de serviços, com repercussão danosa, iatrogênica, nos sujeitos em situação de vulnerabilidade, afetando subjetividade, representação e identidade:

[...] resultando em problemas existenciais e psicológicos - uma experiência partilhada coletivamente de medo, abandono e solidão; técnicos - perda da eficácia dos tratamentos e medicamentos e inutilidade prática de muitas inovações tecnocientíficas; econômicos - aumento dos custos médicos para se pagarem os altos investimentos tecnológicos e de máquinas e os lucros das empresas que, sempre ameaça direta à experiência da democracia e da cidadania plural na área da saúde; culturais - desaparecimento dos referenciais morais e normativos estruturantes das representações simbólicas da vida e da morte; e sociais - esgarçamento da significação da Medicina como expressão de uma ecologia social complexa e igualitária.^{20:164}

Esta subordinação às razões econômicas pode tornar precário o apoio ao paciente em nome do orçamento. É preciso reduzir despesas e, ao mesmo tempo, economizar tensão individual, pois cuidar tem custos, no plano econômico e no contexto das responsabilidades dos cuidadores. Tal condição de transformar o cuidado em custo pode trazer mal-estar psíquico como consequência, pagando-se um preço pessoal nas decisões cotidianas.

Neste âmbito, o profissional da saúde encontra-se precário, desvalorizado na relação de trabalho, submetido a baixos salários e excessiva carga horária. Torna-se um trabalhador do setor de serviços, pressionado por processos laborais exaustivos e formas intensivas de exploração do trabalho.²¹ Quando o paciente é considerado apenas mero consumidor de bens e serviços, com os resultados terapêuticos transferidos para a rubrica de ganhos secundários, e o profissional de saúde é desapropriado de sua autonomia, tanto do poder como do risco da decisão, impõe-se reconstituir o encontro clínico.²² Assim, o pensamento que rege a Ciência Médica contemporânea “afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas intervenções diagnósticas, bem como em sua prática de clínica”.^{23:20} Esse afastamento limita sua participação na tomada de decisão, e fere sua autonomia e a produção de uma subjetividade cidadã, que entenda saúde como direito e compromisso, que aceite, criticamente, a vulnerabilidade humana.²⁴

A emergência do cuidado humano

O encontro clínico tornou-se distante, formal e rápido, com predomínio de linguajar técnico, muitas vezes incompreensível para o outro. No primeiro momento da relação, o paciente se submete necessariamente à interpretação do profissional da saúde sobre seu sofrimento, mas a dependência inicial não precisa ser mantida. O paciente pode interpretar, por conta própria, o que se passa com ele e participar das decisões que se fizerem necessárias, assumindo autonomia no processo e adquirindo o seu lugar de sujeito. De acordo com Souza²⁵, insistir em continuar a falar por ele é reproduzir a violência secundária e transformar o poder inicial necessário num abuso de poder.

O desafio emergente é complementar às melhorias adquiridas em técnica e tecnologia com a promoção da dignidade humana na relação de cuidado. Para Boff²⁶, o modo-de-ser-trabalho da maioria dos profissionais precisa ser equilibrado com uma nova ética do cuidado humano, definida como “uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro (...) de responsabilização, preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro” e se instaura numa relação de sujeito-sujeito, “não de domínio sobre, mas de com-vivência”, pois cuidar das pessoas “implica intimidade, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso”.^{26:91}

É preciso permitir que o fluxo de sentimentos e de intuição criativa venha ao encontro da clínica e a reflexão ética interaja com uma compreensão política da vida concreta, histórica, dos sujeitos em relação, o sujeito profissional e seu saber, o sujeito cidadão e seus valores.⁸ Essa clínica requer formação que incorpore conhecimentos filosóficos e saberes socioculturais que extrapolam o campo eminentemente físico-experimental.⁴ Novas atitudes e habilidades são necessárias para abrir a mente às diferenças, como a inteligência emocional, a superação de estigmas e preconceitos, a pluralidade de vozes em encontro, o diálogo crítico, o intercâmbio de saberes e os cuidados essenciais, resultando em interação de confiança, afetividade, cordialidade, ternura, e amizade que valoriza e acolha o ser humano, não apenas sua síndrome, seu sintoma, seus órgãos.²⁶⁻³³

O Impulso da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde

Embora a implementação do SUS tenha possibilitado expansão da cobertura do atendimento e garantia de acesso, persistem barreiras à qualidade da relação terapêutica. O

profissional é criticado pelo despreparo em lidar com os sentimentos, afetos, sentidos e emoções do paciente. Em vez de olhá-lo integralmente, percebendo suas tensões do dia a dia, problemas familiares, sofrimentos e condição de vida, mantém um frágil vínculo, põe de lado seus direitos e restringe sua conduta à queixa.³⁴ O profissional é avaliado por embasar a relação em preconceitos de “cor, gênero, opção sexual, aparência, etnia e até mesmo de classe social”^{35:106} e inibir a autonomia do paciente nas decisões sobre sua saúde.

Desde 2003, a PNH aciona, no plano das políticas públicas, vários movimentos de questionamento da relação de cuidado no Brasil, objetivando impulsionar mudanças profundas. Ainda que pareça recente, a luta por uma atenção à saúde vem de longa data, como demonstra o movimento brasileiro de reforma sanitária, ocorrido na década de 1980, cujas propostas eram centradas no cidadão e não somente no funcionamento do sistema de saúde. Aquele movimento serviu de base para a constituição do SUS, alicerçado nos princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade.

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.³⁶ Ele deve ser entendido numa perspectiva filosófica, como “um compromisso das tecnociências da saúde, seus meios e fins, com a realização de valores, contrafaticamente relacionado à felicidade humana e democraticamente válido como bem comum”.^{37:550} Pressupõe a complementação das descobertas biológicas, coexistindo com as necessidades humanas, sociais e eticamente constituídas.³⁸ É deste modo que a PNH busca fortalecer ações de atenção e gestão democráticas e de qualidade no SUS. É um guia norteador para o clínico, pois traz princípios, diretrizes, métodos, dispositivos e ferramentas que podem conduzir o profissional a transformar a qualidade da atenção, no sentido daquilo que se convencionou denominar de “acolhimento” e de “clínica ampliada”.³⁹ Essa consigna ético-política, em defesa da vida, não ocorre de modo harmônico, mas em meio a conflitos, pois, no campo das práticas de saúde, disputam interesses econômicos, políticos e de poder em busca de hegemonia.

Para humanizar a clínica, na perspectiva da PNH, é preciso mudar o modo de fazer o trabalho, aperfeiçoar a interdisciplinaridade pelo diálogo dos saberes e estimular a participação dos sujeitos nas decisões, compartilhando poderes.³⁹ Com efeito, a PNH aponta para os princípios da inseparabilidade atenção/gestão e da transversalidade,

propiciando maior abertura comunicacional, conectividade e intercessão de saberes, setores e níveis do sistema de saúde, além de ampliar a grupalidade e fortalecer tanto a participação como o protagonismo do sujeito por meio de um conjunto de tecnologias relacionais.²⁴

O método de trabalho da PNH busca, acima de tudo, uma tríplice inclusão, a de sujeitos, analisadores sociais e coletivos.³⁵ Devem se articular, lado a lado, gestores, trabalhadores e usuários, na produção de uma saúde que valorize a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade. Os analisadores sociais indicam as ocorrências conflitantes que questionam e denunciam a prática de saúde como, por exemplo, as agressões aos profissionais, o boicote de reuniões e a recusa à medicação. Para o terapeuta aberto à escuta, esses analisadores oferecem pistas valiosas para desencadear processos de mudança. O coletivo não pode ser deixado de fora, pois o resgate da voz individual ocorre inserido em movimentos sociais, como sindicatos, associações de moradores, igrejas ou movimentos de minorias, que problematizam poderes/saberes hegemônicos. Outro coletivo a ser incluído são os movimentos sensíveis, ou seja, modificações na sensibilidade, percepções e afetos que acontecem mediante a convivência com diferentes etnias, culturas, gêneros, comportamentos, saberes e práticas no cotidiano. Um profissional da saúde, por exemplo, interagindo com pacientes indígenas ao longo do tratamento, que compreenda as informações culturais singulares, torna-se mais sensível ao seu sofrimento e começa a identificar toda uma semiótica até então desconsiderada.

Entre os dispositivos, ou modos de fazer, que podem orientar o clínico e o gestor na busca de uma relação terapêutica humanizada, destacam-se o acolhimento, a clínica ampliada e os direitos e deveres dos pacientes.

Acolhimento não significa somente garantir acesso a cuidado simplificado e rápido, reduzir fila, diminuir tempo de espera ou receber, juntos, paciente e família. Pressupõe ação de cuidado com atenção especial e compromisso continuado. Centra-se no paciente, nas suas necessidades, estimulando a corresponsabilidade, pois reconhece o paciente como sujeito ativo no processo da melhoria da sua saúde, e o acompanha em todo o percurso no sistema, não só em recortes momentâneos de crise ou de procedimento.^{24,40}

A clínica ampliada realiza-se além dos pedaços fragmentados da realidade, do corpo biológico, do simples diagnóstico, expandindo e transformando o modo de pensar e agir do profissional para uma visão transdisciplinar³², pelo reconhecimento dos limites de conhecimento e tecnologias, buscando respeitar e trocar informações com diversos saberes e racionalidades, científicos e leigos. Exige

que a singularidade de cada pessoa seja considerada³⁹, pois as pessoas, quando adoecem, não se limitam à expressão de sua doença, mas de todo o contexto de biografia e de emoções vividas. O vínculo se estabelece e os afetos circulam no processo terapêutico, assumindo apoio ao paciente e à sua família. O profissional ajuda o paciente a respeitar os motivos do seu adoecimento, levando-o a descobrir e inventar saídas diante das restrições pelo diálogo entre o profissional da saúde e o paciente.⁴¹

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁴ também mostra caminhos para aperfeiçoar a relação profissional-paciente. Especifica os direitos e deveres essenciais para se estabelecer uma interação clínica digna que valoriza o indivíduo, o ser humano e o cidadão. O paciente tem direito de conhecer o nome do seu médico, o tipo de tratamento, os exames e procedimentos, ter acesso a informações e decisões; além de ser acolhido e protegido de modo digno, respeitoso e cordial, sem distinção de cor, raça, etnia, classe social, idade, sexo, orientação sexual, convicção política, ideias e crenças.⁴²

As bases teórico-metodológicas apresentadas pela PNH para uma relação humanizadora, a sua apropriação pelo cuidador e pelo ser cuidado, bem como sua incorporação na prática, podem contribuir para a criação de um vínculo solidário, afetar os sujeitos e, portanto, transformar a realidade clínica. Essa apropriação, no entanto, por si mesma, não é capaz de operar mudanças, sem que se articulem, na discussão dos processos de trabalho, os aspectos macroestruturais determinantes das condições de vida e trabalho e se trabalhe com a perspectiva ético-política da defesa da vida.

Por uma nova relação profissional-paciente

A boa relação profissional-paciente é um dos mais relevantes fatores do sucesso terapêutico. Esse relacionamento é capaz de promover uma mudança de atitude no paciente em relação ao sofrimento vivido e ao mundo local, bem como transformar o cuidador.^{22,43} Uma relação baseada na troca mútua de confiança, empatia e de afetividade pode desencadear em ambos uma mudança profunda e abrir o caminho para a cura.⁴⁴

Inúmeras indicações para humanizar a relação profissional-paciente são propostas por cientistas sociais, com base numa visão interpretativa hermenêutica ou crítica.^{8,37,45,46} Os antropólogos Bibeau e Corin⁴⁷ propõem uma interpretação semântica contextualizada, que entrelaça e dinamiza as múltiplas dimensões da vida humana: a experiência individual, os sistemas de significados e os determinantes sociais. Parece que, juntas, essas abordagens podem inspi-

rar a constituição de um novo encontro. Com base nessas proposições, no cuidado humano emergente e na PNH, é possível indicar algumas condições indispensáveis para emergir uma relação terapêutica interativa.

Na relação clínica participativa, que apresente a perspectiva da integralidade, o cuidado é centrado no ser humano completo, a subjetividade inserida, as diferenças compreendidas, a ética priorizada, a comunicação dialogada e, portanto, a relação se torna emancipatória. Esse encontro significativo é perpassado pelos diversos campos de conhecimento e saberes - filosófico, político, sociológico, antropológico, psicológico, artístico e popular.

Cuidado centrado no ser humano completo

Para ultrapassar a visão fragmentada que reduz o paciente à sua patologia, é preciso uma relação ampliada, holística, complexa e centrada no sujeito.^{9,48} O ser humano é o fundamento do cuidado, sua prioridade²⁶, e deve ser compreendido no contexto de relações, com suporte numa visão integradora que privilegie as dimensões física, fisiológica, política, histórica, econômica, sociocultural, emocional, sentimental, racional, intuitiva, criativa e espiritual. É esse homem total que interage, uns com os outros, no cotidiano, pois a existência é inexoravelmente entrelaçada. A humanização na relação terapêutica é expressa, portanto, na ponderação do ser humano em suas diversas e variadas características e dimensões.

Transformar a atual relação profissional-paciente numa vinculação de cuidado centrada no vínculo humano requer que o profissional de saúde abra mão “da fantasia onipotente de ser um semideus armado de uma Ciência supostamente infalível, para conquistar a potência possível, efetiva e humana, de apoiar, com sua técnica e sua arte, outro ser humano num momento de debilidade”.^{49:30} Implica substituir a prática aprisionada na massificação, no preço do procedimento, nos protocolos e nos temores mútuos para um agir conjunto, contextualizado e criativo.

Subjetividade inserida

Para superar o objetivismo, que transforma o profissional e seu paciente em coisas ou peças de engrenagem, desapropriados dos sentidos e significados vividos, é necessário considerar a subjetividade de ambos.⁵⁰ Cada um, profissional e paciente, é único, singular e coletivo, com biografia própria, isto é, uma história de vida guiada por crenças e valores, morais e culturais.⁴³ A subjetividade é modelada pelas condições estruturantes do contexto econômico, político e social

em que estão inseridos, mas adquire autonomia relativa e podem ter leis próprias identificadas.⁵¹ No encontro clínico, a intersubjetividade deve ser requisitada para possibilitar a humanização da convivência terapêutica.⁵²

O trabalhador da saúde realiza um ser humano repleto de carências e frustrações, perdas e vulnerabilidades, apesar de agente terapêutico, com muito poder simbólico, representante da história e das promessas das Ciências, socialmente legitimado e autorizado pelo Poder Público por meio das regulamentações efetuadas pelos conselhos das profissões. Na verdade, a título de exemplo, todo médico é um ser ferido, na imagem arquetípica do Mito de Esculápio.⁵³ Seu mundo de vida é abundante de insatisfações e tensões insuperáveis, pelo menos aparentemente: 80% queixam-se de condições precárias de trabalho, baixos salários, carga horária extenuante, múltiplos empregos, superlotação de pacientes e dilemas e dolorosas decisões éticas diante da vida e da morte.⁵⁴ Esses e outros fatores repercutem no estado psicológico, na perda da motivação e na qualidade do seu atendimento, como se depreende das referências sistematizadas por Costa-Lima e Sampaio.²¹ Essa realidade se repete, com agravantes de muitas ordens, nas demais profissões do campo da saúde.

O paciente apresenta uma situação-limite de vulnerabilidade pela circunstância de doença e por alguma condição socioeconômica: por exemplo, pobreza, baixa escolaridade, experiências anteriores de desrespeito e humilhação. Encontra-se distante de seus familiares e amigos, com medo do que sente, do diagnóstico, do tratamento, do resultado dos exames, das prováveis sequelas e incapacidades, da dor, da angústia e da morte. Daí ser necessário que o profissional de saúde aprimore três competências: técnica, narrativa e relacional. A competência técnica abarca a formação profissional e a condição de exercício do cuidado, desde o salário ao espaço físico da clínica. A competência narrativa envolve a capacidade de escutar e de respeitar a subjetividade do outro, valorizando sua história irrepetível. A competência relacional engloba a formação cidadã, superando a mera compaixão, o favor ou a troca mercantil, com o profissional e seu paciente, estabelecendo vínculo entre dois seres humanos e dois cidadãos.³⁶

Para amparar fragilizados, sem assistencialismo, é preciso transformar a técnica abstrata numa prática usuário-centrada, tornando o cuidado significativo e criativo,⁵⁵ pois “a racionalidade técnica em estado bruto perde sentido: atuar junto exige ser respeitado em seus desejos e projetos de vida”.^{56:42} O próprio paciente precisa se reconhecer como sujeito de direitos, descobrir o sentido do adoecimento e encontrar sua força vital, pois “a verdadeira cura só pode

acontecer quando o paciente entra em contato com seu médico interior e dele recebe ajuda”.^{53:77}

Compreensão das diferenças

Para relativizar a ideia de verdade científica concebida como universal - tornada hegemônica e razão triunfante, tida como único conhecimento correto, que elimina outras opiniões e estigmatiza o diferente - urge cultivar a tolerância diante do outro. A visão etnocêntrica, tão presente, impede que se vejam as diversidades de cultura, raça, gênero, idade, religião, orientação sexual e modos de viver. Frequentemente, essa riqueza humana é reduzida a um comportamento preconceituoso: o diferente, o desconhecido, o estranho, é estigmatizado e deslegitimado no encontro clínico, principalmente em relações interculturais.^{29,57}

Na ultrapassagem da atitude excludente, que desconsidera a multiplicidade das expressões da vida humana, é essencial que o cuidador amplie e flexibilize sua percepção para incluir outros saberes. As percepções valiosas dos pacientes contribuem para o encontro significativo com o profissional da saúde. Uma internação empática facilita conhecer a experiência vivida do ponto de vista do paciente, sua história cultural, interpretações, sentidos e significados da doença que influenciam os comportamentos de cuidar-se, e fatores que interferem na relação cuidador/ser cuidado.⁴³ Embora difícil, em razão da fragilidade, o paciente precisa desmistificar o papel do profissional salvador, conquistar seu espaço e afirmar seu papel na parceria que constitui o cuidado.⁵³

A ética do humano

Para superar a visão utilitarista do paciente como mercadoria e a relação terapêutica reduzida a uma transação capitalista, uma atitude ética de outra ordem faz-se necessária. A reconfiguração da ética representa pilar indispensável para a mudança da relação profissional-paciente, pois exige abertura e respeito ao outro como um ser singular e digno, sujeito de direitos, competente sobre seus significados, valores, destinos e escolhas. Essa nova relação parte dos princípios da Bioética, que refletem sobre o comportamento moral do profissional/pesquisador e a ética da vida, nas dimensões filosófica, religiosa, cultural, social, política, econômica e jurídica.⁵⁸ Ela aprofunda as consequências morais dos atos humanos. A Bioética integra duas formas de conhecimento: o saber simbólico, a qual expressa e esclarece os sentidos da realidade, e o saber científico, que visa à explicação dos fatos sociais.

Sampaio³⁶ interroga sobre a ética na prática do profissional da saúde, tanto a ética filosófica como a ética profissional, isto é, a Deontologia e a Bioética. O autor nos inspira a ponderar a relação mercantilista, competitiva e pragmática da atuação profissional atual, tanto quanto a incorporar um ato de pensar e agir que valorize o ser humano, promova autonomia, responsabilize e estimule a cooperação, sem causar danos:

O que se propõe é benéfico? Não é maléfico? É justo? Não deixa o outro dependente de mim e de meus cuidados? O que o campo da saúde e o SUS acrescentam [à bioética] é a busca do equilíbrio entre igualdade de resultados alcançados a partir da equidade de condições oferecidas. [...] Que possibilidade de autonomia um cliente pode ter, se nunca recebe informação, se não sabe o que tem, se não entende o que foi prescrito? Que possibilidade de devir terapêutico um cliente pode ter se, diante da apresentação de quadro polimorfo, derivado de transtornos somatopsíquicos e psicossomáticos, o terapeuta reage ao sintoma prevalente e passa, burocraticamente, por exemplo, apenas um tranquilizante?^{36:12}

A relação do cuidado ético deve nortear-se pelos parâmetros morais e também legais que orientam as profissões e os códigos de direitos e deveres dos pacientes. Representa apropriação de profissionais e pacientes de uma nova perspectiva que norteie os comportamentos para a defesa da vida.

Comunicação dialogada

No intuito de transformar a relação profissional-paciente tão marcada por uma comunicação formal, unidirecional, paternalista e vertical, que torna o paciente dependente do julgamento e ideias do cuidador, o psiquiatra e antropólogo Kleinman⁴³ propõe uma negociação clínica entre culturas e modelos explicativos divergentes do profissional e do paciente. Caprara e Franco⁵ defendem um exercício de interpretação das histórias contadas pelos pacientes. Deslandes⁴⁸ argumenta que é fundamental pensar as bases culturais desses sujeitos, a lógica dominante e sua capacidade de mudarem as regras, favorecendo maior equidade no processo comunicativo.³¹ Propõe um acolhimento dialogado, que reconheça o outro como um legítimo outro, cada um como insuficiente, nos diversos saberes e nas disposições morais e cognitivas.

Buscam-se, na Pedagogia da Libertação e no conceito de dialogicidade de Paulo Freire,⁵⁹ elementos para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica interativa, que permita àquele que recebe a informação deixar de ser

mero depositário. Partindo-se do entendimento de que a relação profissional-paciente guarda estreita ligação com a Pedagogia, pois requer educação para autonomia, adesão crítica ao tratamento, ressignificação das limitações, compreensão do processo saúde-doença e participação dialógica, os fundamentos de uma pedagogia problematizadora, como a freireana, torna-se essencial.

No encontro com o diferente, o diálogo se torna a essência da comunicação como prática libertadora, pois “é o caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. O diálogo é esse encontro dos homens, mediados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”.^{59:93} Não é simples transmissão de informação, mas conversa negociada a cada momento. É aberta, criativa, afetuosa, acolhedora, calorosa, com escuta qualificada e produtora de uma síntese cultural de sentidos e significados entre os sujeitos. As condições para o estabelecimento de uma relação libertadora são muitas: elas passam pelo profissional reconhecer seu paciente como homem semelhante a si, reconhecer os limites da própria racionalidade, abrir-se para aprender com seu paciente e com os demais profissionais, reconhecer que o paciente é uma pessoa, não um número de prontuário, um leito, um caso.

É preciso, também, que o paciente tenha o direito de dizer a palavra, pois ser portador da palavra que representa o “si mesmo” nas relações “não é privilégio de alguns homens, mas o direito de todos os homens”, pois, quando “a palavra do outro é roubada”^{59:93}, perde-se a chance oferecida pelo diálogo de um projeto terapêutico singular. A comunicação autoritária não favorece o questionamento das verdades impostas e não abre brechas para a autonomia do paciente.

Outro requisito ao diálogo é a coerência entre o dito e o feito, isto é, a palavra pronunciada pelo profissional coincidir com seus atos. Sem isso, a troca de palavras se torna burocrática, manipuladora. A relação decorrente desta comunicação é desafetuosa e pouco potente; há exigência de regras e normas sem consentimento esclarecido; dá lugar ao medo derivado do desconhecimento de informações vitais. Assim, o profissional da saúde pode desconhecer o saber do paciente, se fechar à sua contribuição e até sentir-se ofendido se for interrogado. Em tais condições, a comunicação clínica torna-se assalto desumanizante, na dura expressão de Freire.⁵⁹

Relação emancipatória

A proposta de humanização é um referencial importante para transformar a relação profissional-paciente fortemente

hierarquizada, numa interação emancipatória.^{24:15} Essa mudança pressupõe, acima de tudo, uma consciência política dos direitos e o exercício pleno da cidadania. A constitucionalidade do SUS propiciou ganhos legais extraordinários em descentralização, acesso, participação e equidade, mas, na prática das relações clínicas, na ponta dos relacionamentos de atenção e cuidado, continuam relações omissas, burocráticas ou de dominação, que afastam os sujeitos do protagonismo.⁴²

Desde uma perspectiva crítica da relação profissional-paciente, o que engloba as condições socioeconômicas e políticas, é premente a inserção autônoma da população no controle social, nas escolhas e tomada de decisões do processo terapêutico. Uma nova relação entre cuidador e ser cuidado exige uma prática democrática, na qual o profissional de saúde, juntamente com o paciente, são os agentes dessa mudança. Em oposição ao modus organizativo e clínico hegemônico que reproduz valores e práticas violentas, é necessário adotar estratégias de resistência que incorporem as reivindicações, opiniões e insatisfações dos profissionais e população como protesto legítimo de cidadãos contra ações que agridem a dignidade humana.⁶⁰ Humanizar a relação implica nutrir uma consciência mútua dos direitos e deveres e a solidariedade entre os sujeitos do cuidado.^{48,61}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento histórico contemporâneo parece possibilitar uma verdadeira revolução no paradigma da Ciência Médica. O modelo reducionista em curso, focalizado na doença e na intervenção biológica, mostra-se insatisfatório e exige nova lógica que fundamente o cuidado humano na prática clínica. Diagnostica-se um esgotamento do modelo das práticas de saúde, apesar de seus sucessos técnicos, o que oferece oportunidade ímpar para a experiência de relações terapêuticas alternativas.

A busca de uma nova conformação no encontro clínico, afetado pelas subjetividades do profissional e do paciente, nas condições precárias dos serviços, na crescente demanda por atenção, na ênfase técnica e superespecializada, os diferentes profissionais da saúde estão desafiados a repensar espaços formadores, modelos educativos e processos de trabalho.

A formação de todos os profissionais da saúde precisa ser revolucionada com nova e ampliada visão do homem e da sociedade. Torna-se fundamental trabalhar, com os sujeitos em formação, os significados da expressão concreta e singular de cada pessoa, seu contexto de vida e suas possibilidades no caminho terapêutico, e também cultivar uma consciência

política radical bem como um forte compromisso social na prática da clínica e saúde coletiva. O currículo centrado na patologia precisa superar-se e integrar os conhecimentos das disciplinas que enfoquem os determinantes sociais, as adversidades culturais e o contexto político-econômico que impactam no processo saúde-doença e, conseqüentemente, na relação profissional-paciente.

É insuficiente pensar em humanizar a relação profissional-paciente sem ao mesmo tempo transformar as desigualdades de status e poder inerentes a esta relação. Portanto, é preciso afetar os determinantes sociais que modelam o contexto em que o encontro clínico acontece. Este desafio é urgente, sobretudo em países como o Brasil, onde a pobreza, as injustiças sociais, a iniquidade socioeconômica e a corrupção política estão enraizadas. O conjunto de todas essas ações pode fazer aflorar um novo modo interativo e humanizado de cuidar e ser cuidado.

A PNH se propõe impulsionar essa mudança com estratégias, diretrizes, princípios e modos de fazer, teoricamente capazes de mobilizar uma prática na atenção e na gestão em saúde que reconheça os direitos dos cidadãos e incentive o gestor, o profissional de saúde e o paciente na sensibilização dos serviços e do agir cotidiano. A relação clínica participativa, na perspectiva da integralidade, com cuidado centrado no sujeito, incluindo subjetividade, compreensão das diferenças, ética crítica de um ser humano incompleto, em devir, comunicação dialogada e a relação emancipatória, parece oferecer um caminho tecnicamente possível e politicamente sustentado para o enfrentamento do desafio.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Méd.* 1990 nov; 114(11):1115-8.
2. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004 jan; 9(1):139-46.
3. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry.* 1977 apr; 1(1):9-23.
4. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition.* New York: Basic Books; 1988.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores-para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007. 291p.
6. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 725 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 210p.
9. Capra F. *O Ponto de mutação.* São Paulo: Cultrix; 2001. 449p.
10. Gallian DMC. A (re) humanização da Medicina. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000. [Citado 2010 mar. 4]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>.
11. Foucault M. *O nascimento da clínica.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria; 2004. 252p.
12. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004 fev; 8(14):73-92.
13. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Hucitec; 2003. 185p.
14. Nunes ED. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2000 fev; 6(3):631-57.
15. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.* Londrina: UEL; 1999. p.47- 82.
16. Feuerwerker LCM, Sena R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu).* 2002 fev; 6(10):37-49.
17. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e os cursos de graduação nas áreas da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Citado 2010 abr. 1]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/aprenderSUS final.doc>.

18. Nunes ED, Hennington EA, Barros NF, Montagner MA. História das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):209-25.
19. Patrick P. Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde Soc*. 2005 set/dez; 14(3):72-92.
20. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003. 335p.
21. Costa-Lima AR, Sampaio JJC. A condição de ser médico. *Cad IPUB*. 2002; 8(21):79-98.
22. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2000 fev; 4(6):109-16.
23. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 1997 jun; 7(1):13-43.
24. Barros RB, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul/set; 10(3):561-71.
25. Souza MLR. Os diferentes discursos na instituição hospitalar. *Percurso*. 1999 jul; 12(23):35-42.
26. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999. 199p.
27. Goleman D. Inteligência emocional. 5ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 1996.
28. Nations MK, Lira GV, Catrib AM. Stigma, deforming metaphors and patients' moral experience of multibacillary leprosy in Sobral, Ceará State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009 jun; 25(6):1215-24.
29. Nations MK, Monte CM. "I'm not dog, no" Cries of resistance against cholera control campaigns. *Soc Sci Med*. 1996 sep; 43(6):1007-24.
30. Habermans J. Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1990. 276p.
31. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p. 89-111.
32. Almeida-Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Soc*. 2005 dez; 14(3):30-50.
33. Morin E. *A inteligência da complexidade: epistemologia e pragmática*. São Paulo: Petrópolis; 2009. 532p.
34. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2007 set; 23(9):2103-12.
35. Passos E. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 289 p.
36. Sampaio JJC. Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária. In: *Curso de extensão universitária. Fortaleza HumanizaSUS. Caderno de textos 1*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2005. cap. 1, p. 7-17.
37. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul/set; 10(3):549-60.
38. Nunes ED. Natural e humano: encontros e desencontros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul/set; 10(3):531-4.
39. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005. 212p.
40. Falk MLR, Falk JW, Oliveiras FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010 jan/mar; 13(1):4-9.
41. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
42. Gomes AMA, Sampaio JJC, Carvalho MGB, Nations MK, Alves MSCF. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. *Interface (Botucatu)*. 2008 out/dez; 12(27):773-82.

43. Kleinman A. Patients and healers in the context of cultures: an exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1981. 443p.
44. Barasch MI. O Caminho da cura: uma visão espiritual das doenças. Rio de Janeiro: Record; 1997.
45. Caprara A, Franco ALS. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: Deslandes S, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: dilemas, conceitos e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 85-108.
46. Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med.* 2001 aug; 53(4):487-505.
47. Bibeau G, Corin E. Beyond Textuality: asceticism and violence in anthropological interpretation. *Approaches to Semiotics Series.* Berlin: Mouton de Gruyter; 1995.
48. Deslandes SF. O Projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface (Botucatu).* 2005 mar/ago; 9(17):401-3.
49. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004 fev; 8(14):21-32.
50. Bosi MLM, Affonso KC. Direito à saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez F J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. cap 11, p.451-79.
51. Farmer P. Infections and inequalities: the modern plagues. Berkeley: University of Califórnia Press; 1999.
52. Onocko-Campos R 2004. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004 jan; 9(1):23-5.
53. Groesbeck CJ. Archetypal image of wounded healer. *J Anal Psych.* 1975 jul; 20(2):122- 45.
54. Nogueira-Martins LA, Nogueira-Martins MCF. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. *Rev Bras Clín Ter.* 1998; 24(2):59-64.
55. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. 190p.
56. Oliveira RM. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre os profissionais dos serviços e a população. *Perspec Ciênc Inf.* 2003 jan/jun; 8(1):22-45.
57. Lee S, Chiu MYL, Tsang A, Chui H, Kleinman A. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med.* 2006 apr; 62(7):1685-96.
58. Pegoraro OA. Ética e ciência: fundamentos filosóficos da bioética. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes; 2001.
59. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
60. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde Soc.* 2008 mar; 17(1):61-72.
61. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004 out; 20(5):1342-53.

Submissão: janeiro de 2011

Aprovação: maio de 2011
