

Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde.

Beyond Disease: Integrality and Health Care.

Dulce Duarte Lopes^I

Fernanda Deotti Rodrigues^{II}

Nathalia Daher Vieira de Moraes Barros^{II}

Resumo

O que por vezes observa-se nos atendimentos em saúde é um grande descaso em relação aos aspectos subjetivos do sujeito debilitado, pois o olhar profissional na maioria das vezes fica demasiadamente preso à organicidade da patologia. Entretanto, um atendimento que vise na prática aos preceitos da integralidade, à disponibilidade e ao interesse do profissional de saúde cria um campo relacional empático e acolhedor, que fará toda a diferença na forma como a doença será vivenciada. O presente artigo propõe algumas reflexões inerentes ao paciente e seus aspectos subjetivos, ao processo de adoecimento e suas repercussões, a fim de promover um maior alcance e aprofundamento das especificidades envolvidas neste contexto.

Palavras-chaves: Integralidade; cuidado; saúde; subjetividade.

Abstract:

One thing that can be observed in health service is great disregard for the subjective aspects of the weakened person, because the professional view remains excessively tied to the materiality of the pathology. However, a service aiming to practice principles of integrality, as well as counting on the availability and interest of the professionals, creates a sympathetic and sheltering relationship that will make all the difference in how the disease is experienced. This article purposes some reflections on matters inherent to the human being, its subjective aspects, the process of getting sick and its repercussion, having the purpose of widening and deepening the specificities involved in this context.

Keywords: Integrality; health care; subjectivity.

^I Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora

^{II} Universidade Federal de Juiz de Fora

O Sujeito e suas Circunstâncias

Esta faculdade da autoconsciência lhe confere o talento de ver-se a si mesmo como os outros o vêem e sentir empatia (...). Permite que a pessoa se coloque no lugar de outra e imagine como se sentiria e o que faria se fosse ela. Por pior que se use, deixe de usar, ou mesmo abuse desta aptidão, ela constitui os rudimentos da capacidade para amar ao próximo, ter sensibilidade ética, considerar a verdade, criar a beleza, dedicar-se a ideais e morrer por eles, caso necessário (May, 1978, p. 71).

Ao contemplarmos o sujeito em seu adoecimento, não se pode deixar de considerar os aspectos subjacentes ao seu momento de vida, seus dilemas humanos e a posição que assume em suas relações interpessoais. O dilema humano é descrito

pelo autor Rollo May, em seu livro *Psicologia e Dilema Humano* (1977), como sendo a capacidade do homem de encarar-se como objeto e como sujeito, sendo essas duas características essenciais à sua existência e ao desenvolvimento, aprofundamento e ampliação de sua autoconsciência. O autor aponta a questão dos valores e do autorrelacionamento do sujeito como sendo uma capacidade crucial e significativa para que se possa compreender a ansiedade humana. Além disso, ressalta que o homem tem que se perceber tanto como sujeito quanto objeto da experiência, se implicando neste processo. Assim, passaria a ver a si próprio, imaginando-se empaticamente na posição de seus semelhantes, orientando-se à luz de valores éticos.

Numa relação de dependência, onde o sujeito adoecido está à mercê do olhar e dos cuidados de outra pessoa, é imprescindível que se avalie a forma como se dá essa interação, esse relacionamento. Em sua obra *O Homem à Procura de si Mesmo* (1978), este mesmo autor defende que a pessoa, ao se sentir vazia e amedrontada,

passa a isolar-se, apesar de ter necessidade de estar em proximidade com os outros. Isto é, antes de tudo, motivo fundamental para que o sujeito adquira sua primeira experiência no processo de interação com seus semelhantes, através do qual se torna capaz de tratar a si mesmo como objeto, observando-se e considerando seu próprio comportamento. Assim, quando o sujeito está sozinho, desligado de outras pessoas, teme perder essa experiência, pois parte da sensação de isolamento que resulta da necessidade do homem em relacionar-se com outras pessoas, a fim de orientar-se.

A atenção e o tratamento oferecidos ao paciente em seu processo de adoecimento pode ocorrer de forma fria, hostil e isolada, ou num ambiente acolhedor e empático, onde o sujeito possa resguardar sua identidade e vivenciar seu momento de forma menos traumática. May (1978) assinala que o sentimento de medo provindo da solidão é resultante, na maioria das vezes, da ansiedade de perder a consciência de si mesmo. Neste sentido, ressalta que todo ser humano adquire grande parte do senso de sua própria realidade através do olhar dos outros e de suas percepções. Mas, em contrapartida, quando essa dependência alheia atinge um grau exacerbado, ocorre um temor de que, em sua falta, se possa perder o senso da própria existência.

Nesta perspectiva, é ressaltado por este autor (1978) que a aceitação social e a estima têm importância fundamental, pelo fato de manterem distanciada essa sensação de isolamento. Segundo ele, quando a pessoa está cercada de cordialidade, imersa no grupo, é reabsorvida, como se voltasse, de forma simbólica, ao ventre materno. Desta forma, um atendimento em saúde que leve em consideração os aspectos relacionais, a ética profissional, a postura acolhedora e empática do profissional de saúde, pode fazer toda a diferença, de forma positiva, no decorrer do processo de adoecimento.

Seguindo esta ideia, mostra-se imprescindível que o profissional de saúde direcione seu atendimento e se coloque no lugar do paciente, para compreendê-lo de forma sensível e integral. Carl Rogers, em seu livro *A Pessoa Como Centro* (1977), traz à tona uma importante forma de interação. Ele defende que deveríamos reexaminar e reavaliar uma maneira muito especial de ser em relação à outra pessoa, que tem sido chamada de empática. Acredita que geralmente se dá pouco valor a esse elemento, tanto para a compreensão da dinâmica da personalidade como para a produção de suas mudanças e do comportamento. Trata-se, entretanto, de um conceito central, denominado por

este autor de empatia, que seria uma das maneiras mais sutis e poderosas de funcionamento pessoal da qual dispomos. Apesar de tudo o que se tem dito e escrito a respeito, essa maneira de ser raramente é encontrada de forma integral numa relação interpessoal.

A definição trazida por Rogers (1977) define que empatia consiste em aperceber-se com precisão do quadro de referências individuais da pessoa, juntamente com os componentes emocionais e os significados a ela pertencentes. Defende que durante todo o tempo se verifica no organismo humano um fluxo de vivência ao qual o indivíduo pode se voltar repetidas vezes, usando-o como ponto de referência para descobrir o significado de sua existência. Acrescenta que empatia é ressaltar com sensibilidade o 'significado sentido' que o sujeito está vivenciando num determinado momento, a fim de ajudá-lo a focalizar este significado até chegar à sua vivência plena e livre.

Rogers (1977) acredita que, sobre este prisma, ser empático pode promover uma interação positiva, bem como uma escuta clínica favorável, pois a solidariedade suave e sensível decorrente de uma postura empática proporciona o esclarecimento e a cura. Nestas situações, a compreensão profunda é a dádiva mais preciosa que podemos oferecer ao outro e afirma que quando uma pessoa é compreendida de maneira perceptiva, ela entra em contato mais próximo com uma variedade maior de suas vivências. Este fato lhe propicia um referencial mais amplo, ao qual o sujeito pode recorrer para compreender a si mesmo, assim como para nortear o seu comportamento. Quando a empatia é adequada e profunda, também pode desbloquear um fluxo de vivências e permitir que ele siga seu curso natural.

Outro aspecto importante assinalado por Rollo May (1977) em relação ao processo de adoecimento é o conceito de encontro, segundo o qual a transferência se reveste de um significado genuíno. Este autor aponta que a abordagem fenomenológica ajuda na formulação de questões que envolvem o encontro e o relacionamento, o processo de comunicação, de preocupação, de bem-estar e de realização, o vínculo de confiança entre as pessoas. Visto que o processo de adoecimento traz à tona importantes questões relacionadas à vulnerabilidade e à insegurança, e que o encontro é sempre, em menor ou maior grau, criador de ansiedade e também de alegria, a interação com o mundo é abalada e a confortável segurança momentânea é posta em questão.

Neste sentido, mais uma vez mostra-se de suma importância que o vínculo terapêutico e a relação transferencial ocorram de forma positiva e profícua, reavivando a confiança e a adesão ao tratamento e possibilitando maior estabilidade emocional ao sujeito adoecido. Aderir ao tratamento passa, antes de tudo, pela aceitação do paciente das condições de dependência e de vulnerabilidade que a patologia estabelece em sua nova situação de vida. Define-se aqui estabilidade emocional como sendo a capacidade de lidar com as frustrações advindas de situações insatisfatórias, encarando-as de forma realista, segura e com constância e equilíbrio do comportamento.

Cuidados Integrais em Saúde

Percebe-se, pois, que demandar cuidado revela, em princípio, uma vulnerabilidade ou carência que, todavia, pode não ser a revelada: a doença. O que o sujeito quer não é exatamente ser cuidado da sua doença através de remédios, exames ou cirurgias, mas antes, ser olhado, tocado, escutado (Campos, 2005, p. 38).

Quando se fala em cuidado em saúde numa perspectiva integral, remete-se a uma nova modalidade de relacionamento, dentro das equipes de saúde e em relação ao sujeito adoecido, que vai muito além do simples ato de prescrever. Denota o encontro, a produção de afeto; e a atenção clínica não será eficaz se não forem consideradas as repercussões afetivas na experiência do adoecimento e as demandas emocionais do paciente. Eugênio Paes Campos, em seu livro *Quem Cuida do Cuidador* (2005), traz uma rica colaboração neste sentido, pois propõe a abordagem do paciente como um todo, na qual os aspectos relacionados à sua história pessoal, seus hábitos, sua forma de tratar a doença e a estruturação de seus sintomas devem ser levados em conta e compreendidos pelo profissional de saúde. Este profissional, nesta proposta, age como “cuidador” e não “prescrevedor”. Neste sentido, partindo de uma postura diferenciada dos profissionais de saúde, o ambiente que irá receber o sujeito adoecido deverá ser acolhedor, com intuito de oferecer apoio e suporte integrais, propiciando ao paciente um sentimento de proteção, que incidirá na redução do estresse e no aumento do bem-estar psicológico.

Na relação de assistência em saúde, o paciente espera pelo alívio e cura de suas queixas, ao passo que o profissional busca o reconhecimento de seus esforços e a eficácia de seu tratamento (Balint, 2005). Porém, a relação de cuidado vai muito além do simples ato de medicar. Leonardo Boff, em seu livro *Saber Cuidar* (2008), ratifica que o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, na medida em que cuidar implica ter intimidade, sentir, acolher, respeitar, dar sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, é auscultar o ritmo e afinar-se com ele. Ele preconiza que “saber cuidar” trata de um modo de ser-no-mundo, em que a forma de cuidado permite ao ser humano a vivência fundamental do valor, ou seja, daquilo que realmente tem importância e definitivamente conta. Assim, a partir deste valor substantivo, emerge a dimensão de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade.

Na discussão dos cuidados integrais em saúde, deve-se buscar no conceito de integralidade, uma das principais diretrizes do *Sistema Único de Saúde (SUS)*, sua principal premissa. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio aborda o conceito de integralidade, ao destrinchá-lo em *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante pela Integralidade e Equidade na atenção em Saúde* (2006) como sendo mais do que uma das diretrizes do SUS, mas a finalização do cuidado, no intuito de se promover uma resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que o sujeito está vivendo.

Desta forma, o autor aponta a necessidade de aprimorar a escuta em relação a outras necessidades do paciente, que vão além da demanda ‘referenciada’ que o faz buscar o atendimento. É a relação articulada, complementar e dialética, entre o cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde, vislumbrando-se as múltiplas dimensões subjetivas e os espaços sociais em que o sujeito estiver inserido (Cecílio, 2006).

Ruben Araujo de Mattos, em *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos* (2006), aponta que um primeiro sentido da integralidade relaciona-se com um movimento chamado de medicina integral. Este movimento faz uma crítica à fragmentação e ao olhar cartesiano adotado pela medicina convencional. Além de fragmentária, esta mostra-se reducionista, visto que enaltece as dimensões exclusivamente biológicas dos pacientes, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.

Nesta perspectiva, não é possível apreender os pacientes e suas necessidades de forma integral. Mattos (2006), entretanto, aponta que a integralidade vem como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa no modo como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. A ampliação que não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer (Mattos, 2006, p. 59).

Assim sendo, Boff (2008) alimenta a profunda convicção de que o cuidado, pelo fato de ser essencial, não pode ser suprimido nem descartado. O cuidado representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O autor ainda ratifica que o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação do sujeito, pois se não se basear nele, não há como lograr a compreendê-lo.

Neste sentido, Cecílio (2006) ressalta que possibilitar a expressão do cuidado torna-se imprescindível para que o sujeito possa vivenciar seu adoecer sob uma escuta integral de suas demandas, o que favorece a prática da integralidade a partir da troca de saberes e esforços mútuos em uma equipe de saúde, da promoção e do acolhimento do sujeito adoecido.

Um atendimento em saúde pautado nos princípios da ética e da empatia, que possibilite uma visão holística do sujeito, que resgate sua identidade, não criando rótulos e estigmas, mais do que um ideal utópico, pode

se concretizar a cada dia em uma realidade possível. Mas, para isso, é preciso mudanças substanciais, tanto ideológicas quanto concretas, além do somatório de esforços e do desejo incessante de transformação por parte dos profissionais do setor de saúde.

Articulando Ideias

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (Boff, 2008, p. 33).

O trabalho em saúde envolve muitas dimensões: a prevenção, o cuidado, o tratamento, a recuperação, a promoção, enfim, diversos aspectos que se articulam e que fazem desta prática um permanente desafio. Oferecer um atendimento de qualidade e humanizado implica uma profunda transformação do sistema como um todo, tanto no que se refere à formação dos profissionais da área da saúde quanto à infraestrutura apresentada. Por isso, a humanização da atenção à saúde consiste de uma política pública fundamental, uma vez que humanizar é, acima de tudo, valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Segundo o *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, HumanizaSUS*, do Ministério da Saúde (2008), especialmente em um país como o Brasil, que apresenta profundas desigualdades socioeconômicas, problemas como a abrangência do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar, tornaram-se um grande desafio a ser vencido no âmbito da saúde. O documento também ressalta como sendo agravantes deste processo a desvalorização dos trabalhadores desta área, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento nos processos de educação permanente em saúde, além de pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários. Aponta que a presença de modelos de gestão centralizada e vertical desapropria o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, indicando, então, a necessidade de mudanças.

Seguindo por este mesmo documento, pode-se também apontar o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Constatou-se que os profissionais da área da saúde ainda na graduação, muitas vezes, não são devidamente preparados para viabilizar a integralidade na prática dos atendimentos. Tal fato mostra-se um contrassenso, visto que o próprio SUS defende como um de seus princípios norteadores a integralidade da atenção e deveria adotar políticas mais eficazes nesta área.

Sob esta discussão, Ricardo Burg Ceccim e Laura C. M. Feuerwer, no artigo *Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade* (2004), defendem que pelo fato do setor saúde não se responsabilizar em disciplinar a educação através do ensino nas instituições, cabe-lhe contribuir para que se crie um vínculo entre o mundo do trabalho e as práticas sociais na área da saúde. De acordo com a Constituição Nacional do setor da educação, para que seja cumprida a finalidade constitucional de desenvolvimento pleno dos educandos, enfatiza-se seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Talvez, o estudo da subjetividade e de aspectos ligados à ética, ao encontro empático com o outro, à escuta clínica, ao adoecer e suas repercussões afetivas, ao sofrimento humano, tão bem abordado pela fenomenologia, pudesse ser uma ferramenta profícua para que os alunos da área da saúde ampliassem sua visão de mundo e percepção em seus atendimentos. Nesta perspectiva, propõe-se que sejam agregadas à grade curricular como disciplina obrigatória nos cursos de graduação matérias que envolvam diretamente temas de reflexão na área de humanização, relação profissional de saúde-paciente, ética, cuidado, acolhimento, dentre outros.

Um ponto importante a ser ressaltado é a forma como se dá o entrosamento das equipes de saúde, a troca de informações entre si e o modo de interação com o paciente. Neste sentido, é defendido pelo presente trabalho, com base no artigo *Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde*, de Naomar de Almeida Filho (2005), que a atuação das equipes de saúde não deve seguir somente um modelo multidisciplinar, mas que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações e trocas para além do campo técnico ou científico.

Acredita-se que uma atuação vantajosa e proficiente deva ser pautada nas premissas da inter e transdisciplinaridade, em que a coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Assim, passa a ser uma necessidade fundamental e uma estratégia mais benéfica, em que os profissionais interagem e apreendem as necessidades dos pacientes, mesmo as que não são declaradas.

Neste momento, faz-se necessária uma alusão ao conceito de empatia, já discutido anteriormente neste texto, que sugere que o profissional se coloque no lugar do paciente, se sensibilize e tenha alcance dos seus referenciais internos, viabilizando uma interação positiva. Assim, quanto maior for essa capacidade empática, maior será a transferência positiva e, conseqüentemente, maiores serão as possibilidades de adesão ao tratamento e restabelecimento.

Finalmente, a reflexão aqui proposta é a de que os profissionais de saúde possam romper com algumas barreiras que os impedem de estabelecer vínculos interpessoais com seus pacientes, assumindo, dessa maneira, uma conduta mais acolhedora, afetuosa e empática, bem como ressignificam seus papéis como promotores de saúde. Acima de tudo, que esses profissionais possam repensar suas práticas em saúde à luz de novos paradigmas, como o proposto pela humanização da saúde, os princípios do SUS, pela teoria humanista desenvolvida por Carl Rogers e por outros caminhos que considerem o ser humano em sua dignidade e plenitude. Afinal, ver para além da doença é, sobretudo, permitir que a alma capture com sensibilidade e compaixão o essencial que advém do outro.

Referências

- Balint, M. (2005). *O Médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu.
- Boff, L. (2008). *Saber Cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do Cuidador*. Petrópolis: Vozes.
- Cecílio, L. C. O. (2006). As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde. In R. Pinheiro (Org), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 115-128). Rio de Janeiro: Uerj, Ims, ABRASCO.

- Ceccim, R. B., & Feuerwer, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5), 1400-1410.
- Filho, N. A. (2005). Transdisciplinaridade e o paradigma pós- disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 30-50.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org), *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões* (pp. 41-66). Rio de Janeiro: Uerj, Ims, Abrasco.
- May, R. (1977). *Psicologia e Dilema Humano*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- May, R. (1978). *O Homem à Procura de si Mesmo*. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2008). *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (HumanizaSUS)*, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (4ª edição, 1ª reimpressão, série B. Textos básicos de Saúde). Brasília: Editora MS.
- Rogers, C. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: E.P.U.

Endereço para correspondência:

Nathalia Daher Vieira de Moraes Barros
Rua Doutor João Penido Filho, 319/ 302
CEP 36021-600 - Juiz de Fora/MG.
E-mail: daherpsico@hotmail.com

Recebido em 28/02/2011

Revisto em 15/03/2012

Aceito em 29/05/12