

Alana Brandelero Porto

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO NA
SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE SIGMUND FREUD**

Passo Fundo

2023

Alana Brandelero Porto

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO NA
SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE SIGMUND FREUD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, como requisito para a obtenção do título de mestre em Educação, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo José Doro e coorientação do Prof. Dr. Francisco Carlos dos Santos Filho.

Passo Fundo

2023

CIP – Catalogação na Publicação

P853f Porto, Alana Brandelero
Formação profissional para a humanização na saúde
[recurso eletrônico] : contribuições de Sigmund Freud / Alana
Brandelero Porto. – 2023.
849 KB; PDF.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José Doro.

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Carlos dos Santos Filho.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de
Passo Fundo, 2023.

1. Humanização dos serviços de saúde. 2. Formação
profissional - Saúde. 3. Desamparo (Psicologia). 4. Freud,
Sigmund, 1856-1939. 5. Psicologia educacional. I. Doro,
Marcelo José, orientador. II. Santos Filho, Francisco Carlos
dos, coorientador. III. Título.

CDU: 37.015.3

Catalogação: Bibliotecária Juliana Langaro Silveira - CRB 10/2427

Alana Brandelero Porto

Formação profissional para a humanização na saúde: Contribuições de Sigmund Freud

A banca examinadora abaixo, aprova em 25/08/2023, a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial de exigência para obtenção de grau de Mestre em Educação, na linha de pesquisa Fundamentos da Educação.

Dr. Marcelo Jose Doro - Orientador
Universidade de Passo Fundo - UPF

Dr. Francisco Carlos dos Santos Filho - Coorientador
Universidade de Passo Fundo - UPF

Dra. Vânia Lisa Fischer Cossetin
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ

Dr. Claudio Almir Dalbosco
Universidade de Passo Fundo - UPF

AGRADECIMENTOS

Agradeço àqueles que me fizeram humana, desde o dia que fui anunciada neste mundo, e aos que seguem me dando força e suporte para manter o caminho firme e os planos vivos.

À minha família, em especial minha mãe Elaine, meus avós João (*in memoriam*) e Adelina (*in memoriam*), pelas bases sólidas por sobre as quais busco construir uma vida digna e de valor.

Ao meu amado Daniel, que me acompanha com amor, alegria e me fortalece neste caminho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, pela aposta e suporte para que essa pesquisa se tornasse possível.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo incentivo financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.

Ao professor Marcelo, pelo comprometimento, cuidado e humanidade com que me acolheu neste percorrido acadêmico.

Ao professor Francisco, cuja generosidade, ética e inspiração têm sido uma constante companhia em minha jornada.

Ao PROJETO - Associação Científica de Psicanálise e Humanidades, que me introduziu e guia no vasto universo da psicanálise e humanidade, onde o saber é nutrido e disseminado com integridade.

Ao Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai - Centro Universitário IDEAU, pela oportunidade de crescer profissionalmente, ao mesmo tempo em que avançava nesta pesquisa.

A todos os pacientes e alunos com os quais já tive os caminhos compartilhados, pois cada encontro foi um presente. Suas histórias me inspiram e é com vocês que aprendo a ser cada dia melhor.

Dedico essa dissertação a todos aqueles que se ocupam de cuidar de outros, que salvam vidas, em seus lares e famílias e em instituições e equipes; aos profissionais de saúde e de educação, que contribuem para a formação de humanos mais humanos.

*Y si nada nos libra de la muerte,
al menos que el amor nos salve de la
vida.*
(Javier Velaza)

RESUMO

A humanização é uma das questões que está presente, em algum nível, para todos os seres humanos. O indivíduo se constitui como humano quando compreende que este estatuto singular não é dado naturalmente. Todavia, o modo como manter-se humano, ou como preservar a vida humana em sua dignidade, são indagações que lhe surgem e, a partir delas, são forjadas respostas com intuito de suportar tais questões existenciais. Diversos autores clássicos e contemporâneos, desde a filosofia até a psicanálise, abordam diretamente o tema ou são buscados, em sua originalidade, para contribuir em formas de respostas às questões sobre a humanização enquanto prática e enquanto ética. No âmbito dos cuidados em saúde é possível perceber-se que a ideia de humanização acompanha os documentos oficiais do país na medida em que surgem discussões acadêmicas desde o início do século XXI. A presente dissertação visa, com base em uma pesquisa documental e bibliográfica, de orientação hermenêutica, compreender a proposição de Freud sobre a condição humana com o propósito de pensar a formação do profissional de saúde tendo em vista a humanização das práticas assistenciais. Como diretriz de pesquisa, levanta-se a seguinte pergunta: Como se inscreve a ideia de humanização no campo da saúde e como a compreensão sobre a condição humana em Freud pode contribuir para pensar a formação do profissional de saúde de forma humanizada, no que diz respeito às práticas de cuidado em instituições? O texto está dividido em duas partes. Na primeira, é retomada a construção da saúde e os rumos da (des)humanização por meio de um exame sobre o conceito de saúde na história, a saúde no Brasil, a noção de humanização na saúde e uma problematização sobre a produção da (des)humanização. Na segunda parte, são apresentadas possíveis contribuições de Sigmund Freud para a humanização dos profissionais de saúde, tomando como referências principais dois importantes textos de sua obra, a saber, o *Projeto para uma psicologia científica* (1895) e *O Infamiliar* (1919). De início, apresenta-se uma justificativa para a escolha Freud como referencial da pesquisa; depois, são explorados esses dois textos do autor com o intuito de buscar neles ferramentas conceituais para ampliar o debate em torno da humanização. No primeiro texto freudiano, a noção de humanização extraída nos leva a considerá-la enquanto ingresso e permanência no âmbito da existência ética, resultante do gesto altruísta de acolhimento do desamparo inicial que marca a condição humana. No segundo texto, também se evidencia a condição humana enquanto existir ético que exige atenção ao infamiliar bárbaro que nos constitui, ainda que nos assuste. Com base neles, considera-se o potencial das ideias freudianas para a formação dos profissionais de saúde em vista da humanização e que o cuidado com o processo de autoformação precisa existir e fazer parte da constituição do ser humano enquanto ser no mundo. Este necessita alcançar a própria subjetividade mas, especialmente, ser orientado para uma humanização do indivíduo enquanto profissional cuidador e estendido aos assistidos no contexto de cuidado em saúde. Por fim, foi possível concluir que a compreensão acerca da condição humana em Freud pode contribuir para pensar a formação do profissional de saúde de forma humanizada no que diz respeito às práticas de cuidado em instituições.

Palavras-chave: Condição humana. Ética. Psicanálise. Desamparo. Infamiliar.

ABSTRACT

Humanization is one of the issues that is present, to some extent, for all human beings. An individual becomes human when they understand that this unique status is not naturally given. However, the way to remain human, or how to preserve human life in its dignity, are questions that arise, and from them, answers are forged with the intention of addressing these existential questions. Various classical and contemporary authors, from philosophy to psychoanalysis, directly address the theme or are sought, in their originality, to contribute to answers regarding humanization as a practice and as ethics. In the realm of healthcare, it is possible to see that the idea of humanization accompanies the official documents of the country as academic discussions have emerged since the early 21st century. The present dissertation aims, based on documentary and bibliographic research with a hermeneutic orientation, to understand Freud's proposition about the human condition with the purpose of thinking about the training of healthcare professionals with a view to humanizing healthcare practices. As a research guideline, the following question is raised: How is the idea of humanization inscribed in the field of health, and how can Freud's understanding of the human condition contribute to thinking about the training of healthcare professionals in a humanized way, with respect to care practices in institutions? The text is divided into two parts. In the first part, the construction of health and the directions of (de)humanization are revisited through an examination of the concept of health in history, health in Brazil, the notion of humanization in healthcare, and a problematization of the production of (de)humanization. In the second part, possible contributions of Sigmund Freud to the humanization of healthcare professionals are presented, with two important texts from his work as the main references, namely, the "Project for a Scientific Psychology" (1895) and "The Uncanny" (1919). Initially, a justification is provided for choosing Freud as a research reference. Then, these two texts by the author are explored with the intention of finding conceptual tools in them to broaden the debate on humanization. In the first Freudian text, the notion of humanization extracted from it leads us to consider it as an entry and permanence in the realm of ethical existence, resulting from the altruistic gesture of embracing the initial helplessness that marks the human condition. In the second text, the human condition is also evident as an ethical existence that requires attention to the uncanny and barbaric within us, even though it may frighten us. Based on these texts, the potential of Freudian ideas for the training of healthcare professionals with a view to humanization is considered, and the care for the self-formation process needs to exist and be part of the constitution of the human being in the world. This individual needs to reach their own subjectivity, but, especially, be oriented towards the humanization of the individual as a caregiving professional and extended to those being cared for in the context of healthcare. In conclusion, it was possible to establish that Freud's understanding of the human condition can contribute to thinking about the training of healthcare professionals in a humanized way with regard to care practices in institutions.

Keywords: Human condition. Ethics. Psychoanalysis. Helplessness. Uncanny.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE E OS RUMOS DA (DES)HUMANIZAÇÃO	20
1.1 O conceito de saúde na história	20
1.2 A saúde no Brasil	23
1.3 Humanização na saúde	33
1.4 A produção de (des)humanização	40
1.5 Humanização e condição humana	46
2 CONTRIBUIÇÕES DE FREUD PARA A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	50
2.1 Porque Freud?	50
2.2 Projeto para uma psicologia científica e a dimensão humana do (ser) humano	55
2.3 Encontros com o infamiliar no campo da saúde	63
2.4 A formação dos profissionais de saúde para a humanização	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81

INTRODUÇÃO

Esse trabalho é fruto da pesquisa realizada no Mestrado em Educação, no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo. É resultado de minha trajetória acadêmica e formativa. O interesse pelo tema e definição do caminho investigativo são atravessados pela intenção de articulação das diferentes áreas de estudo que me atravessam - psicanálise, saúde e educação. Mais especialmente, no sentido de promover um diálogo entre a teoria psicanalítica e as políticas públicas e as práticas de saúde no que concerne à humanização, com a intenção final de contribuir para a formação dos profissionais de saúde para a prática de humanização.

Me dediquei a pensar nesse projeto de trabalho quando finalizei minha residência no hospital, que é uma forma de pós-graduação na modalidade ensino-em-serviço, uma vivência intensa de 5.760 horas desenvolvidas ao longo de dois anos. Ingressei como psicóloga, recém formada, e com grande desejo de me inserir na prática. Havia tido poucas experiências, algumas pessoais e afetivas, outras de prática profissional durante o processo de graduação, mas não exatamente no contexto clínico-hospitalar. Durante o período da residência, ficamos imersos naquele ambiente, mergulhados no caos que é o ambiente hospitalar, conjuntamente com uma equipe multiprofissional, a qual buscava desenvolver um trabalho integrado e interdisciplinar.

Como produto final daquela etapa formativa, realizei um trabalho sobre a permanência dos pais junto aos bebês em internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Durante a graduação em psicologia, havia desenvolvido uma pesquisa que tratou da importância da participação do semelhante na constituição do ser humano e do discurso inaugural e antecipador do adulto em relação ao bebê. Na ocasião, busquei a articulação dos conceitos de narcisismo, proposto por Sigmund Freud, por meio do entendimento da posição subjetivante de “Sua majestade, o bebê”, imaginação radical de Cornelius Castoriadis, e o conceito de ilusão proposto por Donald Winnicott. Ali, foi possível ver que a posição do adulto diante do bebê se constitui em uma vivência importante e constituinte do ser humano. Diante dessa compreensão, até aquele momento vista por meio de conceitos acadêmicos, a realidade da chegada de bebês ao mundo, tendo dificuldades de sobreviver e ainda com dificuldades de convivência com seus pais, me chamou atenção e me convocou a pensar e agir.

Quando cheguei àquele hospital, havia uma ideia propagada de que aquela unidade, destinada ao cuidado com os bebês, não faria parte de nossas intervenções enquanto equipe, haja visto a ênfase de prática da residência em questão estar voltada à urgência e emergência.

Contudo, munida de desejo, coragem e suporte das minhas preceptoras locais, pude alcançar e adentrar o local, até então *estranho*, para acompanhar inicialmente os casos internados para, a princípio, me introduzir na equipe, a qual eu não era parte; justamente por esse detalhe pude desenvolver uma pesquisa ali, buscando investigar sobre como os profissionais - no recorte, médicos e enfermeiros - visualizavam a participação e presença dos pais durante a estadia dos seus filhos em internação, com intuito de estímulo à ampliação do tempo (e qualidade) de permanência dos pais junto aos seus filhos internados, com suporte para tal ampliação.

Algumas respostas às minhas perguntas foram surgindo. Por exemplo, dificuldades em lidar com a presença daqueles *estranhos* no ambiente e possíveis influências na rotina de trabalho. Mas as perguntas não cessaram. Por que ainda é tão difícil realizar um ideal de humanização, baseado em evidências das contribuições da interação entre os cuidadores e seus bebês, associadas às legislações que subsidiam tais práticas, a uma prática real? Será que isso é possível, enquanto conceito de real-ideal? Essas perguntas me conduziram a esta dissertação, como desejo de continuidade de compreensão conceitual, mas, especialmente, para pensar a formação e o exercício profissional em saúde que se aproximem mais de práticas humanizadoras.

Concomitante ao processo de ingresso no mestrado em Educação, também ingressei como professora naquela mesma residência em que havia acabado de concluir meu percurso como estudante. Uma conquista e tanto. Um desafio e tanto, também. Essa posição me instigou ainda mais a pensar como poderia contribuir para a formação dos profissionais de saúde, aqueles que eu antes vi de maneira curiosa e até mesmo crítica, buscando escutá-los, para conseguir alcançar uma compreensão de porque algumas práticas eram feitas de certos modos na instituição hospitalar. Tinha consciência de que não iria mudar o destino dos profissionais e suas formações, afinal cada um já vinha de uma formação, uma graduação e um contexto acadêmico singular, os quais já possuíam marcas e tendências. Contudo, já que eu e eles nos encontrávamos ali, buscava poder contribuir com novas experiências, reflexões e possibilidades. Gostei do desafio, fui me aproximando e me encantando mais com a docência.

Assim, ao longo do desenvolvimento da pesquisa que embasa esta dissertação surgiu para mim a oportunidade de trabalhar como professora na graduação de psicologia de uma instituição da região norte do Rio Grande do Sul. Mais motivos para seguir, para estudar, aprofundar, pesquisar, questionar, refletir. Ingressei com disciplinas que abrangiam desde conhecimentos de saúde pública e psicologia hospitalar até conhecimentos específicos de psicanálise e prática profissional (estágio supervisionado).

Durante esse processo, mantive minha vinculação ao Projeto - Associação Científica de Psicanálise e Humanidades, local de sustento subjetivo para o desenvolvimento de minhas práticas profissionais e formativas. A participação nos Núcleos de Infância e Educação, do Corpo, do Trabalho e Subjetividade, bem como de Pesquisa, por meio de suas interlocuções, questionamentos e reflexões, seguiram contribuindo para que questões fossem suscitadas e, assim, também colaboraram de maneira decisiva para a realização desta dissertação.

Assim, como forma de sustentação ao desenvolvimento de minha pesquisa, e para compreender de onde partiria, busquei conhecer quais pesquisas já haviam sido desenvolvidas considerando a temática de interesse. Para tanto, recorri ao Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), onde é possível encontrar trabalhos publicados no Brasil desde 1996, oriundos de programas de pós-graduação (mestrados e doutorados, tanto acadêmicos quanto profissionalizantes), de todas as áreas do conhecimento. Voltei-me a essa base de dados para tomar contato com o estado da arte nos programas de pós-graduação do país acerca da temática da humanização na saúde.

A palavra-chave norteadora da busca foi “humanização”, no período entre 2015 e 2023, nas áreas de Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Multidisciplinar. Com essa busca foram encontrados um número significativo de trabalhos, compreendendo pesquisas das áreas de educação, saúde, direito, teologia, comunicação social, bioética, sociologia, psicologia e artes. Busquei mapear apenas os trabalhos que combinavam conteúdos perpassados pelas áreas de educação e saúde, sintetizando 335 trabalhos. Não foram identificados trabalhos atravessados pela psicanálise neste contexto. A partir do título dos trabalhos resultantes na busca foi possível esquematizar as categorias temáticas a seguir listadas: Formação do profissional de saúde; Dimensão dos cuidados em saúde; Subjetividade do paciente; Educação em saúde; Subjetividade do profissional de saúde; Educação permanente do profissional de saúde; Integração ensino-serviço em saúde; Relação profissional-paciente; Encontros entre escola e hospital e publicações acerca da Saúde na Pandemia de Covid-19.

A categoria *Formação do profissional de saúde* evidenciou a maior quantidade de trabalhos, totalizando 110, com ênfase na formação em medicina e enfermagem, mas também foram encontrados sobre fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, biomedicina e terapia ocupacional. Os trabalhos tinham como interesse desde estratégias para a garantia do exercício da Política Nacional de Humanização (PNH) até tecnologias de cuidado. Apareceram, ainda, trabalhos empenhados em pensar a formação do docente na área da saúde. Entretanto, o ponto norteador desta temática foram as questões referentes ao processo de graduação do profissional de saúde, e a ênfase na questão da humanização já como fator essencial a ser incorporado pelo

indivíduo neste momento da formação; especialmente para sua apropriação enquanto profissional em formação e posterior aplicação no exercício profissional nas instituições de saúde.

Uma categoria de trabalhos que apresentou grande número de pesquisas se refere à *Dimensão dos cuidados em saúde*, que somou 66 publicações. Nessa grande categoria aparecem escritos sobre questões que remetem ao cuidado, como estratégias humanizadoras (visitas em período de hospitalização, por exemplo), também questões bioéticas como distanásia e manutenção da vida, cuidados paliativos, religiosidade no contexto de saúde e segurança do paciente. Trabalhos que envolviam preocupações com o parto e nascimento também tiveram grande evidência neste contexto, sugerindo ser um dos aspectos de maior interesse de pesquisa nesta dimensão. Aspectos relacionados à inserção das tecnologias nas práticas e na formação em saúde também estiveram presentes, reforçando a dimensão dessa dinâmica na atual forma de cuidado em saúde.

Aspectos relacionados à Subjetividade *do paciente* foram relatados em 37 trabalhos, onde foram apresentados temas referindo percepções de pacientes em determinados contextos de saúde. Foram contemplados temas como os sentimentos emergentes diante da necessidade de cuidados em saúde, experiência do paciente, vulnerabilidade, qualidade de vida. Interessante que tais temas aparecem principalmente nos anos finais compreendidos no recorte da pesquisa, especialmente a partir de 2020.

Trabalhos referentes a *Subjetividade do profissional de saúde* foram centrais, coincidentemente, também em 37 trabalhos, onde foram evidenciados relatos de percepções de profissionais sobre determinadas circunstâncias do cotidiano dos serviços de saúde, ambientes e situações. Ainda, foi de interesse de alguns pesquisadores a saúde mental dos profissionais e estudantes da área da saúde. Este tema nos aproxima da face humana do profissional de saúde, por vezes esquecida ou colocada distante na intenção de minimizar os sofrimentos que emergem no contato com o sofrimento humano dos pacientes.

A temática da *Educação em saúde* somou 20 trabalhos, contemplando estratégias para educação de pacientes em contexto de cuidado à saúde, visando a potencialização da autonomia dos pacientes diante de seu autocuidado em saúde. Foram identificados instrumentos propostos pelos autores que sugerem auxiliar neste processo. Além disso, foram encontradas pesquisas sobre percepções dos pacientes acerca do próprio autocuidado e das ações de educação em saúde. O que também ficou em evidência nesta seção foi o papel do profissional de saúde neste processo, que a priori coloca o paciente em evidência. Estas questões se sustentam muito na ideia de que as chances reais de cura aumentam ao passo que o paciente se dispõe a cuidar de si

mesmo, buscando o caminho equilibrado da vida saudável, e o quanto tal prática está atravessada pela ação do profissional de saúde que está implicado no processo e pode ou não facilitá-lo.

O tema da *Educação permanente do profissional de saúde* apontou 15 pesquisas. Neste contexto, a educação permanente foi compreendida e tratada como estratégia de humanização e integralidade do cuidado ofertado na área da saúde. No âmbito do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída por meio de Portaria, em 2004, e caracteriza-se como uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

A *Integração ensino-serviço em saúde* foi uma temática que apresentou 15 trabalhos, envolvendo os campos de estágios e residências. Aqui foram encontrados relatos de experiências sobre o processo de ensino em serviço na área da saúde, as especificidades da aprendizagem em saúde com acompanhamento do supervisor *in loco*. Foram identificados trabalhos, tanto com percepções dos discentes como dos docentes no cenário da saúde, que reforçaram a importância da participação do docente no processo, mesmo evidenciando a autonomia dos profissionais em formação.

As questões pertinentes à *Relação profissional-paciente* totalizaram 15 trabalhos, com temas variando, por exemplo, desde o estabelecimento de comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade surda, até trabalhos com nuances bioéticas como cuidados paliativos e morte. As questões bioéticas impõem ao profissional de saúde uma proximidade com a própria condição humana de fragilidade, o que pode contribuir para esta aproximação com o paciente, sendo que tal constatação se evidencia nos tipos de trabalhos que se referem à relação profissional-paciente. Suponho que veremos mais trabalhos sobre esta temática a partir da realidade pandêmica que marcou profundamente a área da saúde recentemente nos colocando cara-a-cara com o desamparo humano.

Na categoria *Encontros entre escola e hospital* foram identificadas 10 pesquisas que apontavam percepções de crianças hospitalizadas sobre a vida escolar e trabalhos mencionando a “Classe hospitalar” como uma possibilidade de prática educativa que favorece a humanização, apontando o pedagogo como agente importante no cotidiano da instituição hospitalar. Neste tocante, o que se apresenta é a intenção de assegurar o direito à continuidade da escolarização e, ainda, a promoção de estratégias de enfrentamento do adoecimento e da

hospitalização, na medida em que a educação contribui para construções de relações que fortalecem as identidades dos sujeitos.

Por fim, uma última categoria apareceu com destaque durante a realização da pesquisa, a *Saúde na Pandemia de Covid-19*, a qual compreendeu 10 trabalhos. Tais pesquisas contavam sobre as práticas profissionais específicas durante o período, por exemplo de doulas e enfermeiras, além de outras demandas, como a percepção de pacientes e usuários de serviços durante o período compreendido como pandêmico, além de aspectos relacionados à saúde mental e prática de atividades físicas na época. Um trabalho apresentou dados sobre mortalidade em determinado cenário durante a pandemia.

Os resultados identificados, em geral, apontam para o encontro entre os saberes como um encontro assimétrico: a educação como teoria, a saúde enquanto instituição onde a teoria se materializa, a humanização como política. Ainda, neste resgate feito foi possível observar que cada temática emergente abrange uma quantidade específica de trabalhos e uma construção que faz com que se organizem por si só, como grandes áreas de conhecimento permeadas pela interface entre educação, saúde e humanização. Neste sentido, não foi identificado trabalho algum que contemplasse a temática da humanização em diálogo entre educação e saúde e nem que mencionasse a contribuição da psicanálise com sua construção acerca da constituição do ser humano. Isto posto, apresenta-se a lacuna de conhecimento diante da qual pretende-se desenvolver esta pesquisa. Tal lacuna mostra-se fértil, ao passo que compreenderia fundamentos para subsidiar discussões nas áreas temáticas referidas e, principalmente, como objetiva esta pesquisa, nas práticas de saúde.

Assim, como questão diretriz desta dissertação, surge a pergunta: como se inscreve a ideia de humanização no campo da saúde e como a compreensão sobre a condição humana em Freud pode contribuir para pensarmos a formação do profissional de saúde com uma atitude humana, no que diz respeito às práticas de cuidado em instituições? O objetivo maior da pesquisa, nesse sentido, é compreender a proposição de Freud sobre a condição humana e constituição do ser humano atrelada a possibilidade de pensarmos a formação do profissional de saúde para uma atitude humana, por meio do diálogo com as políticas orientativas já publicadas. Em vista dessa tarefa, surge também a necessidade de atender a alguns objetivos específicos. Primeiro, reconstruir a compreensão de saúde na história, o desenvolvimento do conceito de saúde especialmente suas transformações no decorrer do tempo, extraindo assim uma visão geral de como a saúde é compreendida na atualidade; resgatar e apresentar as políticas de saúde pública no Brasil e as implicações da humanização do cuidado; problematizar sobre a prática em saúde e formas de produção de humanização. Posteriormente,

busca-se retomar a importância do estudo da obra de Freud, buscando encontrar em sua obra conceitos que subsidiem a discussão acerca da constituição do ser humano e sua formação atrelada à reflexão sobre as implicações da necessidade de cuidados em saúde no decorrer da vida; para, assim, considerar contribuições para a formação de profissionais para a humanização.

A partir desse caminho, pretende-se contribuir para a visualização de caminhos possíveis para uma atitude humana nas instituições de saúde, pautando a ideia do encontro humano e do reconhecimento do Outro como possibilidade para a formação humanizada e, conseqüentemente, para uma atitude humanizada diante do cuidado em saúde. A partir dos escritos de Freud, pretende-se entender como o ser humano se constitui, a importância dos primeiros tempos da vida, além da noção de educação proposta pelo autor, para que, a partir desses pressupostos, seja possível ponderar possibilidade para conceber práticas pautadas por uma atitude humana (humanizada, humanizante e humanizadora) na atenção aos indivíduos nas instituições de saúde. A leitura valorativa das políticas já implantadas no Brasil será imprescindível neste trabalho, onde a (re)construção teórica pautada pela psicanálise e pela educação poderá contribuir para pensar criticamente tais práticas em saúde.

Dito de modo esquemático, a pesquisa se orienta pelo interesse último de pensar a formação dos profissionais da saúde, o que legitima seu posicionamento no campo educacional. Sem poder adentrar no debate mais amplo da formação humana, restringimos o olhar à formação dos profissionais, em vista da realização da tão almejada humanização. Quanto a este conceito, imensamente rico e complexo, ele não será explorado em todas as suas dimensões, o que seria impossível de fazer no tempo e no espaço restrito desta pesquisa. Em vez disso, se buscará uma caracterização do sentido (jurídico) da humanização assim como ela aparece nas políticas de humanização para, em seguida, com base em Freud, propor uma reflexão mais ampla de seu sentido. A hipótese investigativa é que a reflexão sobre a humanização na formação dos profissionais da saúde, na medida em que propicia um olhar para a condição humana, em sua fragilidade e desamparo, mas também em sua dimensão ética profunda, apontada por Freud, torna-se determinante para que a humanização não se esvazie em meros conjuntos de regras e procedimentos técnicos.

Por imposição de seu objeto de estudo, a pesquisa tem caráter qualitativo, procedendo por meio de investigação documental e bibliográfica, de natureza crítica. A referência teórica principal é a obra de Sigmund Freud voltada à constituição do ser humano e às possibilidades para a formação humana a partir desta compreensão. A investigação documental se dará por meio da reconstrução das políticas orientativas em saúde existentes no Brasil, atrelada a

realização de uma análise hermenêutica-dialética dos textos que tratam do tema da constituição do ser humano, além daqueles que tratam da educação como encontro humano em Freud; considerando esta uma possibilidade para contribuir com a atitude humana na prática de saúde nas instituições.

A postura hermenêutica proposta por Gadamer consiste na compreensão e interpretação do texto a partir do que está posto na obra clássica, mas considerando o lugar do indivíduo que está na posição de interpretar. Antes de Gadamer existiam outras concepções de hermenêutica, especialmente no âmbito da representação do modo prático de ser dos sacerdotes e dos juizes. O autor avança afirmando que o problema da hermenêutica está para além dos limites da metodologia imposta pelas ciências positivistas. A hermenêutica filosófica apresentada por Gadamer como a teoria das ciências humanas concentra-se na possibilidade de acessar tais compreensões. “Compreender e interpretar textos não é expediente reservado apenas à ciência, mas pertence claramente ao todo da experiência do homem no mundo” (GADAMER, 1997, p. 29).

Então, para Gadamer, a hermenêutica não tem por objetivo produzir um conhecimento que responda às ciências positivistas. Ao contrário, pondera que a verdade (ideal da compreensão) não resulta do método, proposta sustentada pela ciência positivista. Mas, considera que as verdades existem e o método (de compreensão) é apenas um instrumento para constata-las. O autor considera que quem procura compreender está sujeito a errar em função de suas concepções prévias, que não se confirmam nos textos e autores com os quais trabalha. “Dessa forma, a constante tarefa do compreender consiste em elaborar projetos corretos, adequados às coisas, isto é, ousar hipóteses que só devem ser confirmadas ‘nas coisas elas mesmas’.” (GADAMER, 2002, p. 75). Essa proposta de interpretação está atrelada à noção de diálogo descrita pelo autor. O diálogo existe – ou, deve existir – porque o pesquisador reconhece um saber já produzido e se coloca em posição de propor novas construções a partir desse saber. Essa é uma posição vital para o trabalho com os clássicos. Reconhecer o saber já existente no texto e dosar o seu saber para uma construção possível. Para que não nos deixemos levar pela mesmice da repetição de mantras vazios, mas, também, para não correremos o risco de contar apenas com a subjetividade e opinião do pesquisador. A pesquisa precisa ser viva, produzir – ou, ser produzida – sobre e a partir das problemáticas evidenciadas na realidade. Esse equilíbrio é o que dará força para essa área que é tão tradicional mas segue em busca de consolidação na atualidade.

O que se espera, no decorrer do processo desta investigação, é uma maior compreensão da humanização na saúde, a partir de uma reconstrução da história da saúde enquanto

concepção da humanidade e enquanto política pública no Brasil. Colaborando com essa noção, serão retomadas ideias do autor psicanalista Sigmund Freud e as contribuições deste para a ideia de humanização.

O texto que segue está dividido em duas partes. Na primeira, serão apresentadas dimensões relacionadas à construção da saúde e os rumos da (des)humanização. O prefixo “des”, que acompanha entre parênteses o conceito de humanização, se justifica na medida em que identificou-se que o movimento mais amplo pela humanização acaba, por vezes, caindo em práticas tarefas e procedimentos técnicos burocráticos que são o exato oposto do que se esperaria como resultado de um processo de humanização. Inicialmente, neste primeiro capítulo, será reconstruído o conceito de saúde na história, seguido da história da saúde no Brasil, atravessada pela humanização na saúde com uma proposição de reflexão acerca da produção da (des)humanização, e, uma problematização acerca do que é o humano, a qual justifica a parte seguinte do trabalho. Tais questões são abordadas a partir da concepção de saúde vigente, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1948), buscando encontrar elementos na reflexão sobre a humanização a partir da dimensão de uma condição humana.

A segunda parte do texto contemplará a dimensão freudiana que pode contribuir para a reflexão acerca da humanização na saúde. Inicialmente, será resgatada a dimensão do trabalho com os clássicos e sua potência e a escola pelo autor, em seguida, serão trabalhados os temas acerca da constituição do ser humano propostas no texto “Projeto para uma psicologia científica” (1895), posteriormente, serão abordadas contribuições do texto “O Infamiliar” (1919) para pensar as práticas de saúde. De tais textos serão extraídos conceitos que poderão contribuir para a reflexão acerca da condição humana e dimensões que atravessam o fazer em saúde. De modo especial, tira-se deles uma noção de humanização atrelada à dimensão ética do existir humano, que demanda um olhar reflexivo para a condição humana e, particularmente, para a condição individual de cada um. Nesse sentido, se pode falar de humanização como um processo também de autoformação. Por fim, será apresentado um tópico de reflexões sobre a humanização na formação dos profissionais de saúde atravessadas pelas ideias freudianas, considerando contribuições que inserem as práticas em saúde e a formação dos profissionais em uma dimensão ética e humana.

1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE E OS RUMOS DA (DES)HUMANIZAÇÃO

Neste capítulo, apresenta-se o conceito de saúde e sua evolução na história da humanidade, suas perspectivas e transformações, além das influências de tais concepções para a compreensão de saúde atual. Busca-se, também, por meio da reconstrução histórica, visualizar a evolução da saúde no Brasil, seu arcabouço legal, atrelado à evolução social e política, e suas implicações para a ideia de humanização na saúde. Seguido a isso, serão apresentadas reflexões acerca da humanização e suas representações no campo da saúde, compreendendo também uma problematização acerca da condição humana.

1.1 O conceito de saúde na história

A existência humana é uma das questões que está presente em algum nível para todos os seres humanos. Um dos exemplos dessa questão é como o indivíduo se constitui, como se constrói enquanto humano, ou quando se compreende que este estatuto (ser humano) não é dado naturalmente. Como manter-se humano, como preservar a vida humana em sua dignidade, também são indagações que surgem e, a partir delas, são forjadas respostas com intuito de suportar tais questões existenciais.

As noções de saúde e doença sempre fizeram parte da vida e das preocupações humanas. A questão da saúde, como entendida atualmente, pelos mais diversos vieses, sugere uma tentativa de compreender como preservar e manter a vida humana. Pode-se compreender que as próprias questões existenciais acompanham o entendimento do que é saúde.

Do ponto de vista da etimologia da palavra, *saúde* remete à ideia de algo inteiro, intacto e íntegro. Tal noção é ampla e complexa, podendo ser compreendida no momento atual a partir de diferentes dimensões. Para entender a complexidade envolvida na concepção de saúde-doença e em seu exercício na prática dos profissionais, entende-se necessário um olhar para o processo histórico envolvido nesta construção. Analisar o conceito de saúde no contexto de sua evolução histórica nos remete a considerar o contexto cultural, social, político e econômico de cada momento.

Existem registros desde séculos atrás sobre como a saúde foi sendo compreendida. Houve mudanças importantes desde que esses registros existem. Quanto ao aspecto das mudanças, entende-se que houve transformações, novidades, diferentes formas de compreender a saúde, ou o processo saúde-doença, as quais podemos chamar de modelos. Mas os modos de vivenciar tal conceito enquanto indivíduo integrado a uma sociedade pode carregar aspectos

das mais variadas concepções. Neste sentido, torna-se válido o esforço para a identificação dos modos de compreender a saúde e as práticas de cada concepção ao longo da história e de sua repercussão na atualidade.

Desde a antiguidade, temos modelos de saúde que são, no fundo, formas de compreendê-la. Até o século XVII, temos um período conhecido como Pré-científico, onde o modelo mágico-religioso se fez muito presente. Nesse período, os elementos da natureza, tais como trovões, terremotos, estações do ano, eram tidos como sendo elementos mágicos. A tentativa era explicar aquilo que se via e sentia a partir de elementos de forças sobrenaturais.

O modelo mágico-religioso ajudou a compreender as formas de ser do indivíduo no mundo. Nesse contexto, as sociedades antigas começaram a construir mitos e diferentes concepções religiosas. Aparece aqui o surgimento de vários deuses, que são associados a fenômenos da natureza e possuem uma concepção de serem semelhantes aos humanos em aspecto e personalidade. E o ser humano passou a buscar alguma forma de relação com esses deuses, por meio de ofertas de oferendas, buscando exercer algum controle sobre a natureza.

Neste sentido, este modelo também contribui para a compreensão acerca da forma com que esse indivíduo afeta ou é afetado por sua saúde. O processo de adoecimento era compreendido como resposta a alguma ação humana, onde seria necessário, para a cura, o contato com os deuses, através dos líderes sacerdotes, feiticeiros, xamãs ou pajés (HERZLICH, 2004). Esses líderes eram os encarregados de fornecer a cura aos indivíduos, por meio de seus poderes ritualísticos e mágico-religiosos. A cura era buscada por meio de recursos terapêuticos como manifestações de musicais, uso de plantas, ajustes dietéticos e de hábitos, além de intervenções no próprio órgão doente, por exemplo, por meio de massagens.

As relações com o mundo natural se baseavam em uma compreensão que envolvia deuses e espíritos, sejam eles bons ou maus. Neste período, a religião era o ponto de partida para a entender o mundo e as possíveis formas de cuidado. Essa visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de compreender e exercer a saúde e a doença na sociedade contemporânea.

Ainda na seara das divindades, temos registros da Grécia, onde Esculápio era tido como o deus da Saúde. O referido deus tinha duas filhas, a Panaceia, considerada a deusa da cura e a segunda, Higeia, era considerada a deusa da harmonia dos seres humanos com o ambiente, sendo a esta última atribuído o caráter de prevenção das doenças e a noção de saúde coletiva. Seguindo tal deusa, algumas outras personalidades se destacaram na tentativa de explicar a saúde, avançando nas considerações conceituais (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006).

Um conjunto de ideias que influenciou bastante a noção de saúde a partir da noção mágico-religiosa é a do entendimento empírico-racional ou hipocrático. Tal noção tem origem na região da Grécia, ainda em um período antes de Cristo, a partir das ideias de Hipócrates. Foi uma tentativa de entendimento não sobrenatural do mundo, da saúde e da doença.

Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina (ocidental), desenvolveu a Teoria dos Humores, a qual tinha como proposição que os elementos (água, terra, fogo e ar) estavam relacionados e explicavam o processo saúde-doença. Na concepção hipocrática, a saúde seria o resultado do equilíbrio dos humores e, conseqüentemente, a doença seria resultante do desequilíbrio deles. Nesta compreensão o cuidado dependeria de uma compreensão desses desequilíbrios, visando alcançar o equilíbrio.

A noção de equilíbrio se relaciona à ideia de proporção justa ou adequada dos diferentes complementos. Essa compreensão hipocrática aborda as possibilidades de recuperação da saúde e também de prevenção das doenças. A partir dessa noção se constitui uma valorização daquilo que cerca o ser humano na determinação de seu bom estado de saúde, como a valorização do ambiente de trabalho, da habitação ou da dieta (BARROS, 2002).

Em seguida, temos as contribuições do filósofo Galeno (122-199), com avanços nas ideias diagnóstico-terapêuticas. Sua contribuição também remete aos humores, mas avança afirmando que estes estariam relacionados às influências ambientais. Nesta perspectiva, os agentes de doença poderiam ser internos ou externos, ou, ainda, uma combinação de ambos. Outro autor que contribuiu com a compreensão de saúde e doença foi o médico e filósofo Paracelso (1493-1541), que identificou influências cósmicas, telúricas e substâncias tóxicas e venenosas, enfatizando a predisposição do próprio organismo e das motivações psíquicas. Para o autor, a doença decorreria de reações inadequadas dos elementos constitutivos do mundo (BARROS, 2002).

Avançando alguns séculos no tempo, temos os registros da Teoria Miasmática, nos séculos XVII e XVIII. A compreensão dessa teoria apresentou-se radicalmente distinta da medicina grega. Tal teoria defendia que as doenças ocorriam e eram transmitidas por contaminação pelo ar, pela água e por dejetos humanos. Nessa época, entendia-se que as más condições do ambiente determinavam a ocorrência de doenças. Diante dessa compreensão, as intervenções tinham caráter higienista ou preventivista, vislumbrando proteger a saúde da população da ocorrência das doenças assim transmitidas. No mesmo período, desenvolveu-se a Medicina Social de Virchow, que apontava as más condições de vida a que as pessoas estavam submetidas como causas das doenças. Nessa época, mesmo com o desconhecimento da

existência de microrganismos causadores de doenças, tais teorias deram conta, parcialmente, de resolver grande parte dos problemas de saúde.

Em seguida, há um importante movimento de mudança, onde o alvo do interesse médico passa da história da doença para uma descrição clínica dos achados causados pela doença, como de uma abordagem biográfica para uma nosográfica.

A Teoria do Germe, de Louis Pasteur (1822-1895), aparece propondo a desconsideração de todas as outras teorias anteriores, e a causa biológica passa a ser única. Essa proposição gerou a compreensão de que a saúde poderia apenas ser recuperada com a eliminação deste agente biológico causador. A descoberta da existência dos microrganismos foi muito importante para a saúde pública, contribuindo especialmente para a compreensão de um modelo epidemiológico e de exploração acerca da interação entre os microrganismos e o ambiente. Posteriormente, este modelo foi alvo de críticas, pela sua limitação em explicar doenças crônicas e doenças com causas psicológicas.

Apesar de tais críticas, é possível acompanhar o fortalecimento do modelo biomédico no campo da saúde. Um dos principais avanços promovidos por esse modelo é o intenso desenvolvimento e a valorização do complexo médico-hospitalar e das tecnologias para a saúde. Entretanto, apesar de ter-se constituído hegemônico nos serviços ao longo do século XX, tal modo de compreender a saúde não apontou possibilidades de melhora dos indicadores sanitários e das condições de vida das pessoas. Nesse sentido, foi sendo evidenciada a necessidade de repensar os modelos de compreensão e atenção à saúde.

As ações em saúde são sustentadas por uma concepção ou um conceito de saúde-doença. A forma como a entendemos influencia a prática de cuidado. Tais influências estão nos diferentes âmbitos, seja na própria assistência em saúde, seja na gestão e na organização dos processos de cuidado em saúde. Ainda, a concepção que sustenta as práticas irá influenciar a forma como os diferentes saberes se relacionam e na própria formação profissional (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

1.2 A saúde no Brasil

Cada situação de saúde, seja individual ou coletiva, é o resultado de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. No Brasil, isso fica evidente pela forma como a compreensão em torno da saúde foi se construindo. A noção de saúde é um tema amplo e complexo, que teve seu desenvolvimento no decorrer dos séculos e das sociedades. Falar em saúde na atualidade não é tão óbvio e singular, pois remete às

compreensões já existentes, as que passaram e as que ainda persistem, fazendo eco na noção atual que gostaríamos de considerar.

Como todos nós, fruto de uma história e um passado que nos constitui, a saúde enquanto conceito e enquanto prática e política, desenvolveu-se no Brasil atravessando diversos marcos que lhe possibilitaram hoje estar como está - tanto no que se refere às conquistas quanto às suas mazelas. No Brasil, mais recentemente, essa noção está ligada às ações do Ministério da Saúde e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo marco oficial foi a promulgação da Constituição de 1988. Mas essas instâncias são relativamente recentes considerando o que lhe antecedeu. A saúde é marcada e desenhada especialmente pelo contexto histórico da reforma sanitária, que teve início no século XX.

A história da saúde pública no Brasil é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e criação de normas e legislações. Desde a instalação da colônia, as ações não eram pautadas por organização institucional. Esse quadro mudou a partir de uma organização que, por volta de um século atrás, introduziu uma série de transformações, com a criação e extinção de órgãos de prevenção e controle de doenças. A organização da saúde vem atrelada às epidemias de doenças e ao desenvolvimento da ciência.

No país, inicialmente, houve uma separação entre dois modelos de atenção à saúde: o sanitarista e o assistencialista/previdenciário. O objetivo do primeiro modelo era prevenir as doenças através de campanhas de vacinação e higiene, bem como intervenções sobre os espaços urbanos de cunho estatal. O segundo modelo tinha como objetivo intervenções curativas, por meio de medicamentos e procedimentos, tendo as ações baseadas na assistência médica ofertada aos trabalhadores formalmente inseridos em setores da economia. Alguns marcos importantes derivados destes modelos são descritos na história da saúde pública no Brasil. Para visualização mais clara, serão descritos os principais acontecimentos relacionados ao modelo sanitarista, que influenciaram diretamente nas formas de compreender e fazer saúde.

Antes do estabelecimento da governança da saúde, como é concebida hoje, existiram ações pontuais em aspectos relacionados ao saneamento de grandes locais como portos e ações relacionadas à vacinação. Tais ações eram coordenadas diretamente pelo governo político da época, não existindo ainda instâncias que se ocupavam diretamente da saúde.

Um dos marcos importantes no âmbito da saúde nacional gira em torno da vacinação. A prática da vacinação já ocorria desde o século anterior, com produção própria no Brasil desde 1884. Esse movimento contrastava com uma cultura de imunização que se estabelecia no país, onde a população aderiu à prática.

Vale destacar a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, que foi oficializada inicialmente para crianças, em 1837, e, em 1846, para adultos. Em 1903, houve a Reforma Oswaldo Cruz proposta para combater a febre amarela no Rio de Janeiro. Em 1904, foi oficializada por lei a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola.

Entretanto, no Brasil, após a erradicação, não prevaleceu a adesão da população à vacinação, então a doença avançou. Quando a situação do avanço das internações por varíola ficou agravada, outras ações foram tomadas por Oswaldo Cruz, diretor nacional de saneamento, que na época ocupava uma função análoga à de ministro da saúde, mas sem tais instâncias consolidadas. Oswaldo encaminhou ao governo um pedido ao Congresso Nacional para que validasse a obrigatoriedade da vacinação. Tal pedido consistia em determinar que as pessoas só pudessem acessar a determinados serviços como matrículas em escola, certidões e autorizações para viagem com a comprovação da vacinação.

Na época, o número de internações devido à varíola crescia exponencialmente. Apesar das evidências da gravidade da doença, a população rejeitava a vacina. A vacina era produzida com elementos de origem animal (líquido de pústulas de vacas doentes). Além da doença, o que cresciam eram boatos de que a vacina poderia causar efeitos adversos como ficar com feições bovinas.

O pedido de Oswaldo Cruz foi levado a cabo, tendo sido regulamentado. Tal situação provocou o evento chamado de Revolta da Vacina, que foi uma situação popular com duração de uma semana, com a população (parte dela, ao menos) saindo às ruas para protestar contra a obrigatoriedade da vacina. O protesto foi um dos eventos que consolidou a Revolta, mas havia ainda outras movimentações relacionadas aos interesses populacionais e políticos da época. Houve embates armados e rebelião militar. “Houve de tudo ontem. Tiros, gritos, vaias, interrupção de trânsito, estabelecimentos e casas de espetáculos fechadas, bondes assaltados e bondes queimados, lampiões quebrados à pedrada, árvores derrubadas, edifícios públicos e particulares deteriorados”, dizia a edição de 14 de novembro de 1904 da Gazeta de Notícias (FIOCRUZ, 2005).

A situação caótica durou menos de duas semanas e culminou em grandes estragos. Mortes nos embates, pessoas feridas e presas. Houve, então, o abandono da vacinação obrigatória. Assim, a adesão à prática da vacina voltou a diminuir. Além da tensão entre população e governo, o clima mortífero seguia pairando no ar em razão das consequências do avanço da varíola.

Em 1904, também foi criado o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, tendo sido a última erradicada no Rio de Janeiro em 1907. Hochman (2011) em seu estudo identifica a

raridade de registros de revoltas ou resistências à vacinação nas décadas posteriores no Brasil. A vacinação contra doenças como a febre amarela, a tuberculose e a poliomielite nos anos 40 e 50 foram aumentando a convivência da sociedade com vacinas e seus possíveis efeitos benéficos. Entretanto, em tempos de pandemia, como o que vivenciamos com ocorrência da Covid-19, evidenciou-se uma nova (ou velha) história acontecendo. Mais uma vez surgem os movimentos obscurantistas que se alimentavam da desinformação - o que até era compreensível no início do século XX -, mas já não mais no início do século XXI, com a ampla disponibilidade de informação que temos.

No que se refere ao modelo previdenciário, em 1923, com Lei Eloi Chaves houve a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões e, em 1930, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPETEC) Empregados de transportes e cargas e IAPC – Comerciais. A assistência à saúde, neste momento, estava ligada ao registro formal de trabalho, onde os trabalhadores tinham acesso ao serviço e os demais não.

Outros marcos importantes no contexto histórico da saúde no Brasil foram (e são) as conferências de saúde. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no território nacional e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor. Inicialmente não contavam com a participação popular, mas quando isso foi possível, reuniu cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população.

A primeira CNS ocorreu em 1941. Sua concepção era curativa e não preventiva, com defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias. Nesse período, continuam as campanhas de vacinação para poliomielite, malária, varíola etc. Um fato interessante é que a primeira CNS ocorreu concomitante à Conferência Nacional de Educação (CNE). O relatório integra os temas abordados nas duas conferências.

Naquele período, vislumbrava-se que acontecessem as duas deste modo, próximas e interligando-se os temas e discussões. No âmbito da saúde, os temas abordados foram: 1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Para a mobilização das discussões, havia questionários a serem respondidos. No âmbito da educação, com 94 questões sobre a situação educacional e cultural dos estados, dentro deste primeiro questionário, um título chama atenção: Infância abandonada, que incluía duas questões, uma sobre o acolhimento de menores abandonados e delinquentes em

estabelecimentos e o ensino ofertado, e outra sobre justiça especial a menores e sua organização.

Em 1942, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que funcionou através de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, com um estatuto jurídico especial que lhe garantia ampla autonomia em relação ao que funcionava como Ministério da Educação e Saúde. Tal ação tinha como objetivo abordar o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos Estados Unidos, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce, para os aliados durante a Segunda Guerra Mundial. A Sesp inicialmente provia a assistência médica aos profissionais seringueiros e o treinamento de profissionais de saúde envolvidos neste contexto, especialmente voltada para as necessidades da população rural (CAMPOS, 2006).

A partir de 1945, com a crescente industrialização e com a possibilidade da participação política dos trabalhadores, a atenção à saúde surge como uma demanda emergente. Essa necessidade acabou incidindo sobre todos os institutos. O caminho de ampliação dos institutos culminou com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), posteriormente, em 1960, oportunizando a padronização dos benefícios e serviços de saúde a todos os segurados, independentemente de qual instituto estivessem filiados. Esse processo não seguiu exatamente como o previsto, evidenciando o aumento da irracionalidade na prestação de serviços de saúde (CARVALHO, 2014).

Em 1950, temos a segunda CNS, que traz legislação referente à higiene e à segurança do trabalho, na esteira dos movimentos anteriores relacionados à assistência sanitária aos profissionais. No Ápice do período sanitarista, em 1953, há então a criação do Ministério da Saúde, na esteira do movimento anterior de cuidado e atenção sanitarista aos profissionais.

Em 1958, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e, em 1960, a criação da Fundação Sesp, evidenciando a interiorização das ações de saúde pública.

A terceira CNS, que ocorreu em 1963, abordou os seguintes temas: 1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde. Neste momento, há um movimento de descentralização na área de saúde, o início de proposição de um sistema integrado de saúde.

Naquela época, intensas movimentações políticas estavam ocorrendo e com elas também repercussões para a população. Em 1964, ocorreu o Golpe Militar, acarretando uma importante redução das ações de saúde pública no país. Tal situação fez emergir o

reaparecimento de diversas doenças preveníveis que estavam sob controle até o momento. É possível visualizar uma letargia dos movimentos sociais e sanitários, que avança nos anos posteriores.

Em 1967 ocorreu a quarta CNS, com o tema “Recursos humanos para as atividades em saúde”. Naquele momento, estavam a ocorrer reorganizações internas de gestão, com formação de grupos de trabalho e assessorias. O tema central da conferência evidencia a preocupação com a formação dos profissionais de saúde, que fossem capacitados a exercer as funções de planejamento e administração e também para equilibrar o qualitativo de pessoal de nível superior, técnico e auxiliar (SIMÕES, 1986).

A quinta CNS, em 1975, compreendeu os temas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

A sexta CNS retomou diversos pontos de discussão abordados pela Conferência anterior, apresentando a reflexão em torno da reestruturação e organização do sistema de saúde do país. Os relatores reproduziram a crítica ao sistema centralizador de planejamento de ações na esfera federal e na perspectiva curativa e individual da assistência em saúde. Na ocasião os temas tratados foram: 1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde.

Em sequência, a sétima CNS, realizada em março de 1980, ainda durante o governo militar, com o tema central “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos”, ampliou a discussão que abordava a revisão do sistema de saúde existente no Brasil. Esta foi a última conferência realizada sob o Regime Militar e teve como propósito refletir sobre as práticas em saúde, que até aquele momento estavam destinadas aos contribuintes da Previdência Social. A proposta era universalizar o acesso aos serviços de saúde, como a vacinação, combate a epidemias e endemias, dentre outros, por meio da formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).

Os temas abordados na sétima CNS sugerem a crescente preocupação com a preparação para o processo de redemocratização do país, com críticas ao modelo de saúde sedimentado durante o Regime Militar. Este momento foi importante para a reflexão acerca das prioridades das ações de gestão em saúde, que estavam privilegiando o investimento em tecnologias de alto custo, criação de leitos hospitalares em detrimento do investimento em obras de prevenção e

cuidado como com o saneamento, tratamento da água, programas de enfrentamento de epidemias e endemias.

"Indústria da Doença" é como os relatores definem o Brasil daquele momento. O contexto onde os recursos destinados à saúde eram empregados, em sua grande maioria, à manutenção de serviços e insumos sofisticados e especializados no setor tratamento/recuperação dos trabalhadores, contribuintes da previdência social, não eram suficientes para dar conta de tantas demandas urgentes de saúde da população, ainda, aumentando as desigualdades sociais. A saúde era compreendida pelo viés da doença, funcionando como um mercado, centrado na assistência privada que, por sua vez, era financiada com recursos públicos (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

O quadro social emergente diante da ausência da participação do Estado nas políticas de assistência à população, no período entre o final da década de 1970 e início da década de 1980, contribuiu para uma movimentação social. Além das demandas de saúde e educação, havia um forte movimento pelo retorno à democracia diante da ditadura militar vigente na época. Em 1977 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em um contexto de ampliação das divergências do sistema previdenciário. O sistema vigente estava sendo cada vez mais pressionado pela crescente demanda da cobertura e pelos custos da atenção médica no modelo privatista e curativo existente. Esse instituto sobrevivia ainda à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado para ofertar à população.

O movimento que ocorria no Brasil era reflexo do que vinha sendo pensado no mundo. Em 1978, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, Kazaquistão. De acordo com o documento resultado desta conferência, a Declaração de Alma-Ata, os diferentes atores internacionais deveriam promover ações no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países, contribuindo para o alcance da meta de saúde para todos no ano 2000 - que era a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquele evento, a promoção e proteção da saúde dos povos foram entendidas como essenciais para o desenvolvimento econômico e social, além da melhoria da qualidade de vida e para a paz mundial (MENDES, 2004).

Este evento e as discussões dele decorrentes foram um marco fundamental e representaram o ponto de partida para outras iniciativas relacionadas à saúde da população. Houveram vários protagonistas envolvidos na luta pela responsabilização e garantia, por parte

do Estado, à saúde como direito universal. Dentre eles, pode-se destacar: Movimentos populares, Universidades, Partidos políticos progressistas - principalmente as Prefeituras com bandeiras progressistas. Esse debate, que se sucedeu à crise da previdência, na década de 1980, promoveu uma maior aproximação entre o INAMPS, existente até aquele momento, e os serviços públicos de saúde (CARVALHO, 2013).

Com o fim da ditadura militar no Brasil, uma concepção ampliada de saúde e a saúde compreendida como direito universal e dever do Estado, é proposta pela oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Aqui o conceito ampliado de saúde surge com as noções de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta conferência foi um marco na história da saúde no Brasil, tendo sido a primeira aberta à sociedade, contando com a participação de 4 mil delegados dos estados. Os temas da oitava CNS foram: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial. As ideias propostas forneceram as bases para elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Também no ano de 1986, a nível mundial, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, que também resultou em um documento denominado Carta de Ottawa, que, ainda atualmente, é uma das principais referências no debate sobre promoção da saúde. A Carta de Ottawa se sustenta em um conceito amplo de saúde, onde define a promoção da saúde como um processo de habilitação dos indivíduos para a melhoria de sua qualidade de vida individual e da comunidade, de modo a buscar satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente de maneira que ele lhes seja favorável. Ainda, este documento aponta para a saúde como um recurso para o desenvolvimento da vida e as suas condições fundamentais são paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

A partir do surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), oriundas de um movimento de descentralização da previdência (com foco na saúde pública municipal e estadual) e prestação de cuidados, principalmente primários ambulatoriais, elas seguiram sendo aprimoradas e deram origem ao Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987. Os SUDS tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários.

O Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços por meio das secretarias estaduais de saúde, que contribuíram neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios. A partir deste

momento os municípios começaram a receber recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo. Os SUDS são considerados os antecedentes mais imediatos da criação do SUS (CARVALHO, 2013).

Em 1988, é aprovada a criação da Constituição Cidadã. A Constituição estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como base: as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada. Ainda, de acordo com o texto da Constituição, o custeio do Sistema deverá ser feito pelos recursos governamentais das três esferas - União, estados e municípios - e, as ações governamentais, deverão ser submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Em 1990 ocorre a criação por lei e regulamentação do Sistema Único de Saúde no Brasil. O SUS surge como um novo pacto social. De um lado, a saúde passa a ser definida como um “direito de todos”, integrante da condição de cidadania social, e, de outro, passa a ser considerada um “dever do Estado”, o que implica na responsabilidade e na solidariedade do conjunto da sociedade. O novo modelo de saúde surge distinto do modelo anterior vinculado ao sistema da seguridade social. A partir deste momento, as pessoas com necessidade de cuidados em saúde serão atendidas independentemente de contribuição ao financiamento do sistema, porque agora é assumido pelo conjunto da sociedade (CARVALHO, 2014).

A Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e define os princípios e diretrizes do SUS constitui-se como a primeira Lei Orgânica da Saúde no país. Naquele mesmo ano, também foi publicada a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de indicar outras providências. Esta lei também instituiu os Conselhos de Saúde e os órgãos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

A partir da criação do SUS por meio de suas leis orgânicas, novas publicações, como portarias, decretos e normas reguladoras, foram publicadas e seguem tendo efeito até a atualidade, como, por exemplo, a Norma Operacional Básica 01, de 1996, e a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01, de 2002. Nesse caminho de construção, foi possível

visualizar um movimento de descentralização dos poderes de condução da saúde no país, onde o Brasil se revela dono de um dos sistemas de saúde mais descentralizados do mundo, tendo os municípios assumido papel central na implementação desta política e na provisão de serviços. Esse movimento foi necessário e se consolidou principalmente devido às diferenças regionais e locais no que diz respeito às necessidades de saúde (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Contudo, além das diferenças características dos locais, as diferenças de disponibilidade de recursos e capacidade de prestação de serviços contribuem para o subfinanciamento do setor, o que acaba acarretando desequilíbrios territoriais e desafios significativos para a gestão do sistema, também problemas que seguem desafiando os gestores, trabalhadores e indivíduos que dependem deste sistema de saúde (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Em 2006, foi publicado o Pacto pela saúde, constituindo-se como um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão e que estabelece metas e compromissos, e constitui um processo de cooperação entre gestores em espaços de negociação local, regional e nacional. Nessa nova pactuação, as transferências dos recursos também foram modificadas, agora passam a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento: a Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, a Vigilância em Saúde, a Assistência Farmacêutica e a Gestão do SUS e Investimentos em Saúde (BRASIL, 2006).

Durante essa reconstrução histórica da saúde no Brasil, foi possível visualizar as grandes influências da organização política e social de cada momento, além da grande preocupação com a gestão de tais serviços, associada aos avanços dos direitos sociais. As formas de cuidado começam a ser pensadas a partir do momento que se passou a considerar necessário aproximar a gestão do próprio serviço. Contudo, o cuidado em saúde, enquanto prática, as preocupações com a pessoa do doente, com sua humanidade/dignidade somente começam a ser discutidos na virada do século, com as publicações sobre a Humanização na saúde.

Esse olhar panorâmico para as políticas e práticas de saúde também oportunizaram a visualização de alterações significativas na própria compreensão do que é saúde, cujo conceito será retomado para problematização no próximo capítulo, à luz das contribuições da psicanálise freudiana. Por ora, convém adentrar mais no histórico do debate em torno da humanização no campo da saúde, olhando principalmente para os documentos legais relativos ao tema.

1.3 Humanização na saúde

Humanização é um conceito trabalhado em/por diversas áreas do saber, destarte não se resume a uma definição única ou comum, mas se constitui em uma complexa rede de significados. O que pode ser verificado de antemão nos estudos que se ocupam da humanização são interesses nos aspectos relacionados ao ser humano, tanto no que diz respeito a suas características e essência quanto a sua inserção na sociedade ou em instituições.

Em vista disso, há de se considerar que o debate em torno da humanização na saúde pode nos remeter a vários caminhos e possibilidades. Convém, portanto, inicialmente, compreender qual ideia de humanização acompanha os documentos oficiais e discussões acadêmicas da área da saúde atualmente no Brasil.

Jan Howard, socióloga, importante referência da sociologia médica, apresenta uma série de ideias para conceituar a humanização na prática. A autora apresentou em seus textos, dos anos 60 e 70, um modelo descritivo com onze práticas que produziriam a desumanização dos cuidados e oito práticas consideradas humanizadoras. Tais práticas relatadas haviam sido já identificadas pelos pesquisadores em estudos anteriores e na literatura de narrativas de pacientes e médicos da época (HOWARD *apud* DESLANDES, 2006). Apesar das novas formas de se apresentarem as realidades dos cuidados em saúde, vale resgatar tais proposições. De acordo com Howard, as práticas produtoras de desumanização seriam:

1) Tratar pessoas como coisas, ou não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto de intervenção clínica. Nesse aspecto, ficariam evidenciadas as formas de tratar o sujeito com portador de determinada doença ou necessidade que necessitaria de alguma intervenção específica, previamente padronizada. Aqui, o indivíduo é destituído de sua autonomia, seus sentimentos e ideias.

2) Enfatizar a tecnologia, isto é, a prática do cuidado seria predominantemente realizada por intermédio de máquinas e procedimentos. A interação com o cuidador seria eventual, dispensável ou mesmo inexistente.

3) Submeter o doente à experimentação, lhe expondo a formas antiéticas de pesquisa experimental com seres humanos. Os indivíduos seriam submetidos a procedimentos em experimentos científicos visando contribuir com alguma pesquisa, que não necessariamente lhe traria benefícios ou, em casos extremos, lhe colocaria em risco.

4) Considerar a pessoa como um problema, desconsiderando as necessidades subjetivas e reduzindo a pessoa doente à sua patologia. A formação dos profissionais é direcionada para a doença, então, as manifestações do indivíduo que não fossem úteis para a resolução deste

problema, seria um problema, ou seria desconsiderada, mesmo que fosse importante em outros âmbitos para o indivíduo.

5) Tratar as pessoas como de menos valor, ou seja, considerar certas pessoas como sendo inferiores. Essa consideração seria baseada no status social em que esta pessoa está inserida, dependendo de qual lugar ocupa, pode cair na desconsideração dela como indivíduo. São envolvidas aqui questões étnicas, raciais, sociais e de gênero. Ampliando, podemos considerar a estigmatização dos quadros psíquicos/mentais.

6) Tratar as pessoas de forma isolada, que expressa a despersonalização, a reclusão, a solidão e a não reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde. Esse aspecto se evidencia especialmente nos casos de hospitalizações. Tal atitude favorece a alienação, ou seja, a colocação do indivíduo à parte, excluído simbolicamente daquele contexto em que está vivenciando.

7) Tomar as pessoas como recipientes de cuidados sub padronizados. Aqui significa que para algumas pessoas se dispensaria um cuidado inferior, de menor qualidade, mesmo havendo conhecimento ou tecnologias para um cuidado adequado. Essa situação seria mobilizada por indiferença, negligência ou mesmo discriminação.

8) Considerar pessoas sem escolha. Aqui seria reforçada a falta de autonomia do sujeito doente no espaço hospitalar e na relação com o profissional de saúde. Em determinados aspectos, envolve também a relação do indivíduo com os cuidadores, como, por exemplo, os familiares decidirem as condutas de tratamento a serem seguidas diante de algum diagnóstico, mesmo o paciente tendo consciência do que se passa com ele.

9) Manter a neutralidade e a objetividade biomédica, que geram interações frias e distanciadas com os pacientes. Seria uma desvirtuação do objetivo principal da neutralidade, que seria a possibilidade de fazer escolhas com melhor discernimento, sem prejuízo das relações. Trata-se, nesse caso, de um distanciamento empobrecedor das relações.

10) Colocar as pessoas em ambientes estáticos e estéreis, o que diz respeito ao ambiente hospitalar. Quanto a isso, a autora coloca-nos a pensar no equilíbrio que deveria haver entre aquilo que é necessário para a realização dos cuidados e a possibilidade de uma aproximação com o mundo real, por meio de decoração e espaços de acordo com as demandas dos indivíduos no ambiente hospitalar, por exemplo, jardins, salas de socialização ou de privacidade.

11) Não levantar o debate moral sobre a responsabilidade dos profissionais na preservação da vida, considerando uma desumanização negar tal direito, incluindo-se aí as polêmicas sobre eutanásia, aborto e o desligamento de tecnologias de suporte da vida.

Conforme Deslandes (2006), a proposta de Howard falha enquanto uma conceituação de humanização, mas contribui com a descrição das formas de visualizar modos de desumanização na prática de saúde. Ademais, tais apontamentos irão suscitar discussões posteriores sobre o sistema médico ou sistema de saúde e as formas de cuidado em saúde, além das contribuições para as políticas públicas para práticas humanizadoras.

No âmbito da saúde no Brasil, várias iniciativas se apresentam com o nome de humanização. Rios (2009) sugere que esse termo tenha sido lançado por volta dos anos 90, quando ocorriam algumas movimentações na área da saúde. Ocorriam discussões importantes, por exemplo, em Saúde Mental (luta antimanicomial) e em Saúde da Mulher (humanização do parto e nascimento). Tais movimentos começaram a aumentar e a se consolidar.

Desde então, os hospitais começaram a desenvolver ações que chamavam de humanizadoras. Tais ações se referiam inicialmente a ações que tornavam o ambiente hospitalar mais agradável (fisicamente). Essas ações ocorriam com intuito de amenizar o sofrimento dos pacientes e dos profissionais envolvidos no contexto de prejuízos à saúde.

A ideia de humanização, proposta como política pública, inicia nos hospitais, inicialmente por meio de um programa. O Ministro da Saúde, na época, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em sua apresentação, propunha ser um conjunto de ações integradas para mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições. Como objetivo fundamental está o aprimoramento das relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

Ainda, outros objetivos constavam no PNHAH: difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; fortalecer e articular todas as iniciativas de

humanização já existentes na rede hospitalar pública; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; e, modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (BRASIL, 2001).

É sublinhado que, ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que deveriam tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001).

A eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde. A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais (BRASIL, 2001).

O primeiro passo do PNHAH foi a realização de um Projeto-Piloto implementado em dez hospitais, localizados em várias regiões do Brasil, situado em diferentes realidades socioculturais, e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão. A metodologia previu a progressiva expansão para mais hospitais e instituições de saúde. Concomitantemente, foi realizada avaliação e levantamento das ações de humanização existentes nesses estabelecimentos, assim como pesquisa de avaliação do grau satisfação dos usuários e profissionais de saúde e criação de programas de incentivo e premiações aos hospitais.

No Relatório do PNHAH, é destacada a experiência como uma abertura histórica nas políticas públicas de saúde, porque ofereceu a quantos se interessam pela saúde pública no Brasil a oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais. Engajamento corajoso porque, ao pretender mudar a cultura vigente, permitiu que um projeto desse porte fosse plantar no coração das instituições uma cultura de mudanças (BRASIL, 2001).

Já nesse primeiro momento de aplicação, os relatores apontaram que o Projeto-Piloto, no desenvolvimento de suas ações, dependia, fundamentalmente, de uma participação ativa da classe médica. Contudo, essa participação ocorreu desigual nos diferentes locais, e nem sempre se alcançou um grau satisfatório de engajamento desses profissionais. De modo a enfrentar esse

problema, o Projeto-Piloto buscou trilhar caminhos criativos para promover a conciliação e o engajamento dos profissionais. Uma estratégia que obteve êxito foi a de convidar as mais expressivas lideranças médicas da organização a pensar sobre o que consideravam humanização e ações humanizadoras. A partir dessa participação, foram sendo conduzidas as ações (BRASIL, 2001).

Após a publicação dos documentos referentes ao PNHAH, o programa se transformou em política e foi direcionado para todo o sistema de saúde brasileiro. A Política Nacional de Humanização (PNH) é transversal em todo o SUS, que contempla todas as instâncias do sistema de saúde. A PNH é a política norteadora das ações de humanização em todo o contexto de saúde no Brasil, desde sua criação em 2003. Ela surge em contexto complexo, uma vez que os avanços no campo da saúde pública brasileira convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Os avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde contribuíram com os objetivos do SUS, com a ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. Mas, este movimento também evidenciou a fragmentação e a fragilização das relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, fruto da verticalização dos processos de trabalho. Outro ponto crucial do momento de publicação da PNH, foi a preocupação com o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Ainda na sua apresentação, a PNH alerta para o risco da banalização, já que sua proposição pode sugerir ações vagas e associadas a ações humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e dotadas de um cunho de bondade ou “favor”, desvirtuando a ideia de um direito à saúde. Ainda, outro cuidado que já nos é alertado é acerca dos alvos dessas ações ou intervenções, sendo geralmente o usuário do sistema, ficando submetido ao saber do profissional. Então, esse debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social é exercido se configurava necessário, contribuindo para a publicação da política, que visava contribuir nestas diferentes dimensões. Essa política é anunciada com a pretensão de viabilizar a prática de saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida (BRASIL, 2004).

No decorrer da história do SUS, houveram iniciativas, especialmente relacionadas aos direcionamentos da gestão do sistema, com publicações que contribuíram para transformações. Na maioria das vezes as determinações foram apresentadas de modo vertical, devendo ser

aplicadas e operacionalizadas. Mas, ao propor a Humanização como mais um programa poderia cair na necessidade de efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade. Deste modo, a Humanização é proposta como política transversal, composta por um conjunto de princípios e diretrizes que são visualizados em ações nos serviços e práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Os princípios norteadores são a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004).

Ainda, a PNH possui três princípios fundamentais para a sua gestão, a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde. Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. O primeiro é a *transversalidade*: indica a necessidade de que a humanização esteja inserida em todas as políticas e programas do SUS, e que desta forma contribua para a horizontalização das relações e das trocas de experiências entre os agentes de cuidado, sejam eles parte da gestão, profissionais ou usuários dos serviços de saúde. O segundo é a *indissociabilidade* entre atenção e gestão: vislumbra a alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho, visto que considera a inseparabilidade entre clínica e política, ou seja, entre produção de saúde e produção de sujeitos. O terceiro é o *protagonismo*, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: se sustenta na ideia que a autonomia dos agentes de cuidado favorece transformações e mudanças, processos vitais na construção e prática da saúde (BRASIL, 2011).

A PNH é conduzida por um método, o da inclusão – dos diferentes agentes implicados nos processos de produção de saúde. Um “método de tríplice inclusão”: dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade, dos analisadores sociais ou, mais especificamente, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança e do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos

trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal (BRASIL, 2011).

Além dos princípios e método, a PNH também é composta por diretrizes. Na primeira publicação são apresentadas como ações pretendidas: Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa; Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido; Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos; Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável; Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores; Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde; Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS (BRASIL, 2004).

Em uma publicação posterior, as diretrizes são mais bem definidas como sendo as orientações gerais de determinada política: Clínica Ampliada; Cogestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupidades, coletivos e redes; e Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2011).

De acordo com Souza e Mendes (2009), ao longo da construção do SUS, o tema da humanização aparece em vários contextos, mesmo não quando não é apresentado com esta nomenclatura, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, e também aos trabalhadores da saúde. Pelo lado dos usuários dos serviços, as demandas se referem a qualificação e ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade. E, os próprios trabalhadores, demandam melhores condições de trabalho e de formação, para dar conta da realidade do trabalho na saúde, especialmente quanto aos impactos subjetivos, atrelados aos objetivos do sistema de oferecer universalidade, integralidade e equidade.

Dito de modo sumariado, a noção de humanização que acompanha as políticas públicas voltadas ao tema tem um caráter marcadamente jurídico e procedimental.

Conceitualmente, é notável a influência da ideia de dignidade humana, que constitui um dos pilares da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), que pode ser considerado o pano de fundo do movimento pela humanização na área da saúde, bem como em outras instâncias da vida social. Avançar a reflexão conceitual sobre a humanização, para além do que está dado explícita e implicitamente nas políticas públicas, sobretudo na PNH, é um dos propósitos almejados por esta pesquisa. Mas antes, convém olhar para o modo como foram conduzidos, na prática, os esforços para a promoção da humanização e os limites encontrados.

1.4 A produção de (des)humanização

Vimos que a PNH surge como um dispositivo importante para a ampliação das reflexões sobre as formas de cuidado e de trabalho em saúde, de um modo potente, publicada e consolidada enquanto política transversal do sistema de saúde no Brasil. Contudo, por vezes, foi sendo praticada de modo tarefairo. Diferentes aspectos contribuíram para isso, até pode-se supor que com intuito de torná-la visível ou concreta. Desse modo, com o objetivo de contribuir com reflexões que ampliem as possibilidades de pensar e sustentar uma prática em saúde que seja atravessada pela ética e, de fato, humanizadora, serão retomadas no capítulo seguinte as contribuições psicanalíticas acerca do tema. Convém, por ora, olhar para o modo como se buscou promover a humanização.

De início, cabe perguntar: é possível produzir humanização e desumanização? Talvez pareça simples responder. Como se houvesse uma forma prática ou mesmo teórica que oriente como fazer, ou como “se faz”, ainda mais distante de “como eu posso fazer” uma prática humanizada, ou que seja atravessada por humanização. Esse é um ponto crítico e um dos pontos de interrogação que mobilizou a realização desta pesquisa. Existe fórmula? Rapidamente responderia que não, afinal, quando tratamos de seres humanos tratamos do singular. O fato é que, conforme levantamos no decorrer deste capítulo, até foram construídas formas de transmissão dessas questões e até mesmo formas-fórmulas. Contudo, para transmitir tais práticas, muitas vezes se faz necessário explicitar, descrever, e aí sim, o risco da humanização como tarefa pode ocorrer.

O documento orientativo inicial da PNH traz o ser humano como indivíduo de direitos. Esse ser de direitos que se constitui socialmente, reforçando a necessidade de ser respeitado em sua cultura, em suas crenças. Ainda, um indivíduo que é um ser de autonomia, que responde - ou, deveria responder. Ademais, que, acima de tudo, e por isso tudo, é um ser de dignidade, que

precisa ser tratado enquanto tal, ou seja, não pode ser reduzido à condição de coisa, de objeto, de número.

Após a publicação da política transversal, novas publicações orientativas foram sendo divulgadas no ano de 2004, especialmente relatando práticas realizadas, e compreendidas como humanizadoras, e assim, fomentando diretrizes de trabalho ou de práticas que acabaram sendo tomadas como receitas prontas, como um compilado de regras a serem copiadas, reproduzidas burocraticamente nas mais diversas realidades. Esses modos de fazer podem ser tomados como controversos, afinal, humanização se faz aplicando, reproduzindo conjuntos de regras pré fixadas, num mero proceder técnico?

Na introdução padrão das cartilhas já anuncia que estas apresentam-se no formato de relatos de experiências exitosas para que sejam exemplo, exemplo de um SUS que dá certo, exemplo a ser seguido de uma experiência concreta que alguma pessoa ou um grupo já realiza e funcionou como experiência humanizadora. As cartilhas pretendiam contribuir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à efetivação de uma gestão que inclui a participação dos profissionais nas unidades de saúde. Apresenta a proposição de consolidação dos princípios norteadores da política de humanização acerca da construção de autonomia e capacidade de realização e liderança dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e a responsabilidade conjunta desses sujeitos nos processos de gestão e atenção.

As cartilhas publicadas contemplaram os seguintes temas/títulos: Gestão e formação nos processos de trabalho; Ambiência; Acolhimento com Avaliação e classificação de risco; Clínica ampliada; Equipe de referência e apoio matricial; Gestão participativa; Grupo de trabalho de humanização; Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico; Visita aberta e direito a acompanhante; e, Humanização e redes sociais.

Mas, após cada cartilha, que orienta sobre cada aspecto relevante no contexto de produção em saúde, trazendo experiências exitosas e citando modos de fazer, a questão sobre o modo de promover a humanização ainda segue latente. O problema não são as cartilhas em si, mas a função que lhes é dada, o modo como são tomadas pelos profissionais e gestores para incluí-las na prática dos serviços de saúde.

A humanização, neste ponto, demanda uma discussão ética e técnica. Conforme Rios (2006), a natureza humana comporta pulsões constitutivas e agressivas, sendo da essência humana o potencial para agir em ambos os sentidos quando em direção a outro humano. Aí emergiria a necessidade de um autojulgamento ético a ser feito por cada um, em cada circunstância, necessário constantemente, pois as tendências agressivas estariam sempre latentes, visto que estamos sempre em contato e conflito com a cultura, tanto aquilo que nos é

familiar enquanto ideal, quanto aquilo que o outro - estando sob cuidados - nos apresenta. Rios aponta para a imprescindibilidade do reconhecimento das características humanas como primeiro passo para a humanização. E esse não é o tipo de coisa que pode ser assegurada por regras procedimentais, demandando, antes, uma disposição compreensiva consciente para o acolhimento do outro em sua dignidade.

As tendências constitutivas e agressivas não são tão claras na maioria das vezes, primeiro porque são apresentadas de modos defensivos, e também porque não são fragmentadas dentro de um indivíduo. São aspectos que o constituem. Estamos falando que como um ser humano é constituído psiquicamente, então se atravessam os aspectos conscientes e principalmente inconscientes. Então, não necessariamente o indivíduo estaria escolhendo movido por aspectos conscientes agredir ou produzir mal àquele que está sob seus cuidados em um contexto de saúde. Contudo, como a dimensão inconsciente muitas vezes nos escapa e se apresenta, para além de um discurso moral, diversas formas poderiam ser consideradas maléficas neste contexto, incluindo formas onde o próprio profissional acredita que está produzindo um bem para o paciente.

Como ainda vemos de modo tão frequente e natural - se é que pode-se dizer deste modo - situações como aquelas que nos apresenta Bobbio em seu livro *O doente imaginado*, em que a preocupação se volta demasiadamente para a parte doente e perde de vista o contexto geral. Por exemplo, no caso de um paciente acometido por diabetes, o foco é apenas o controle da glicemia. Tratam-se muitos casos clínicos, poucos seres humanos. A forma de compreender a saúde está sustentada fortemente no modelo biomédico, que busca conhecer o elemento a ser combatido - o causador da doença - e exterminando-o, cessar a doença. Não se excluem aqui os avanços da medicina e possibilidades de combate a doenças, mas o fato de que esses avanços, revelados em protocolos, esquemas metodológicos e terapêuticos, limitam e, por muitas vezes, impedem os pacientes a serem vistos como seres únicos, dotados de particularidades e individualidades. Afinal, saber qual protocolo de quimioterapia utilizar em caso do câncer x, não habilitar-nos-ia a tratar todos os indivíduos acometidos por esse mesmo agente causador (BOBBIO, 2014). Essa compreensão subsidia-se na ideia de subjetividade, singularidade que cada indivíduo traz consigo, pois um indivíduo nunca será - ou não deveria ser - somente o câncer que lhe acomete.

Bobbio traz um aspecto crucial sobre a forma de produção de saúde baseada na medicina atual, compreendendo a necessidade de criar tratamentos que, além de tratar os verdadeiros doentes, também abracem os indivíduos - ainda - não doentes, supondo que eles ficarão, e assim poderia ser oferecido cuidado prévio. Nesse formato, o médico fica orgulhoso

da descoberta de um diagnóstico e o paciente satisfeito com ter recebido algo do seu médico. Importante pensar que tal concepção de cuidado em saúde abrange questões políticas, sociais e culturais que vão se estabelecendo na sociedade, o que deixa o problema mais compreensível, mas menos apreensível no sentido de modificar as condições que se estabelecem (BOBBIO, 2014).

A forma de compreender as coisas e os fenômenos do mundo por parâmetros apreensíveis atinge diretamente a medicina ao passo que tende a tratar doenças e não doentes, a pacientes que correspondem a determinadas diretrizes. Nesse ponto, Bobbio traz o relato de um médico, após ter sido submetido a tratamento médico que ele mesmo estava acostumado a reproduzir em seu fazer. Conforme o relato do médico, “o protocolo funciona, muitas vezes, mas como um amortecedor emocional, para não dizer uma barreira, entre o médico responsável e uma situação clínica-prognóstica carregada de emotividade” (BOBBIO, 2014, p. 223).

De acordo com Rios (2006) a humanização surgiria como resposta espontânea a violência institucional na saúde. A autora recorre à ideia proposta por Foucault acerca de violência institucional, a qual se refere à expressão que remete a utilização de castigos, abusos e arbitrariedades praticados nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas, naturalizadas pela sociedade e pelo Estado. Tal prática decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos, atravessada pelo avanço tecnológico advindo desde o século passado, processo que contribuiu para o aumento do acesso aos serviços de saúde, mas também pela caracterização dos ambientes de oferta de saúde - especialmente o hospital – como locais de sofrimento. O hospital enquanto local de desumanização é assim entendido por suas formas de compreender os usuários, sendo pelo não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais, rigidez das relações, tomada de decisões e comunicação vertical, disciplina autoritária e, por fim, descaso pela dimensão humana. Com essas características o hospital se traduz nesse lugar onde as pessoas têm sua autonomia subtraída e são tratadas como coisas (RIOS, 2009, p. 256).

Ainda em busca de compreender como se configura o processo de violência institucional, Rios (2009) acresce que a própria organização científica do trabalho, comum a área da saúde, fragmenta o processo, onde cada profissional ou grupo de profissionais se responsabiliza por um aspecto ou parte, contribuindo para que tenham a visão da parte que lhes interessa e não de um todo - ser humano inteiro. Essa estratégia, que por um lado agiliza e multiplica o resultado, por outro também insere a naturalização do sofrimento e a diminuição do compromisso individual com o processo de produção da saúde. Nesse contexto, em que os valores humanísticos se diluem, o comportamento violento, seja aquele expresso em atos

explícitos de agressão, ou, ainda, mais sutis e perversos, impregnados de intolerância e desprezo, passam a ser comuns no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Outro ponto da construção social que contribui para a desumanização é a medicalização da vida e sofrimento humano. A medicalização nesse contexto se refere à transformação de problemas sociais em problemas de saúde. As “verdades científicas” na área da saúde são bem aceitas pela sociedade, e delas se busca a cura e a salvação. Diante desta realidade, concomitantemente desenrola-se uma recusa ou minimização de outras formas de leitura e compreensão da existência humana, como daquelas propiciadas pelas humanidades e pelas artes, afinal, qualquer expressão da vida deve revelar-se, em última instância, em um diagnóstico previsto, em algum código de doenças, seja clínica ou psicológica, e diante de ambas, se buscam remédios na medicina científica farmacológica. Essa tem sido uma construção social que atravessa, além do senso comum e social, também o ambiente acadêmico e de formação desses profissionais que irão assumir os cuidados em saúde. Então, a inovação que se espera, quando se trata de cuidado e formas de compreensão da saúde, é permeada por essa dimensão.

Em sua pesquisa sobre a compreensão da humanização e desumanização por docentes de enfermagem, Silva, Chernicharo e Ferreira (2011) sustentam que a humanização se caracteriza por práticas efetivas realizadas com o cliente, na interação, envolvendo um processo de comunicação e a dialogicidade. Nessa compreensão, quando o processo de cuidado não se efetiva enquanto tal, atravessado pela limitação de autonomia e protagonismo do cliente, a prática seria desumanizadora. Ainda, outro ponto levantado foi a questão dos humores dos profissionais influenciarem diretamente suas práticas, associando a humanização a sentimentos positivos, que aproximariam os profissionais do que se entende por ser humano, e a sentimentos negativos, que afastam desta condição, colocando essa polaridade ao ser humano como produtora de desumanização.

As mesmas autoras em um trabalho posterior, com profissionais de enfermagem, trazem que a humanização na assistência é compreendida como sendo uma prática comum a todos os profissionais, pelo fato de estar sustentada em uma relação entre profissional e cliente, por incluir características singulares, cuidado com as necessidades, compreendendo ainda o diálogo, escuta atenta e empática, visão holística do ser humano, valores éticos e morais. Essa prática incluiria ainda questões subjetivas, citadas como sentimentos de amor e carinho, compreensão, pensamento e valorização do ser, estabelecimento de vínculo, atenção e querer. Sobre a desumanização, esta seria “um ato mecânico, tratando a doença, e não o ser humano, com falta de comunicação, agindo somente pela técnica, a carga horária de trabalho exaustiva,

problemas institucionais e problemas relacionados aos recursos materiais, colocando a tecnologia em evidência” (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2014, p. 162).

Em um estudo sobre a percepção dos profissionais e usuários dos serviços hospitalares, buscando uma compreensão comum sobre humanização no contexto hospitalar, evidencia-se que os profissionais de enfermagem e dos usuários compreendem a humanização do cuidado permeada por questões sociais, compreendendo comunicação/diálogo, empatia, relação profissional/usuário e questões gerenciais, como infraestrutura, materiais, recursos humanos, reafirmando o fator humano como ponto crucial nas relações interpessoais, sendo o principal indicador da qualidade das práticas, situando-as no campo da humanização ou desumanização (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Um ponto comum entre os estudos acima citados foram as questões referentes à dimensão das relações entre os sujeitos envolvidos no processo e à diferença entre aquilo que preconiza a PNH e aquilo que é praticado nos serviços de saúde e no ensino de saúde universitário. A humanização, segundo o que está proposto na PNH, configura-se como direito de todos, já que atravessa a dimensão de saúde proposta pelo próprio SUS, quando afirma que a produção de saúde implica todos que participam do processo - usuários, trabalhadores e gestores. Essa dimensão se distancia da humanização enquanto uma condição de favor, expressão de bondade ou boa vontade dos profissionais. Ademais, ações que estão estruturadas por sobre expressão de favor, benevolência ou bondade, podem expressar prática não humanizada de acordo com a ética que lhe respalda.

Por que, tendo tantas orientações sobre humanização na saúde, ainda incorre em desumanização? A humanização, se fosse simples, não estaria nos (pre)ocupando tanto e sempre, neste trabalho de pesquisa e reconstrução, mas também na prática de cada dia, no atendimento aos pacientes e seus familiares, nas trocas com outros profissionais em equipes multidisciplinares. E, especialmente, no cuidado com a formação de novos profissionais, que estão no caminho da construção do seu saber profissional, técnico e ético, em cursos técnicos, de graduação, especialização e pós-graduação.

Pensando neste âmbito da formação dos profissionais de saúde, a formação para um agir ético para a humanização, se faz necessário, para além de uma instrução para a manutenção dos protocolos e cartilhas e identificação dos princípios e diretrizes de cada instituição para as práticas de humanização. Sem dúvidas as diretrizes institucionais ditarão coletivamente aquilo que pressupõe como prática ideal. Tais práticas necessitam de reflexões por parte de cada um, contudo, podem ser vivenciadas até como um ato de violência se forem tomadas a cabo baseando-se nos ideais de cada indivíduo sobre o que seria adequado, bom e humanizador.

Trata-se principalmente do fazer de cada um de modo crítico e reflexivo, considerando a dimensão legal, política, institucional, própria de cada profissional e, principalmente, considerando a singularidade de cada indivíduo que está sob cuidados.

Como aquilo que nos escapa, sabendo e não fazendo, aquele resto que não entendemos, surge uma hipótese: para que o exercício efetivo da humanização não se esvazie em práticas tarefas, torna-se essencial o aprofundamento da reflexão sobre a própria condição humana, sobre o sentido ampliado do humano. Do ponto de vista reflexivo, importa, primeiramente, manter no horizonte a pergunta sobre “quem é o ser humano?”, sobre “qual é, afinal, a nossa condição antropológica?”.

1.5 Humanização e condição humana

Ao abordar o conceito de humanização, imediatamente se atravessa o cenário dos programas e políticas no campo da saúde pública. Tal questão temática poderia inclusive ser considerada um modismo, onde se repetem e padronizam-se ações e modos de funcionamento. O movimento para humanização na saúde acompanhou o desenvolvimento das políticas de acesso aos serviços, indo de encontro a modelos vigentes e padronizados de compreender, gerir e realizar os cuidados em saúde. Contudo, com o decorrer dos anos e dos avanços das formações e das práticas, os próprios discursos de humanização, paradoxalmente, se converteram em práticas igualmente ou próximas àquilo que visavam combater. Assim, a humanização poderia ser compreendida atualmente como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção que tendem a ser segmentadas por áreas (por exemplo: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso), também por níveis de atenção (por exemplo: atenção básica ou assistência hospitalar), também relacionadas ao exercício de certas profissões como psicólogo ou assistente social, especialmente vinculadas a características do gênero feminino, e, finalmente, orientadas por uma dimensão mercadológica de foco no cliente e oferta de qualidade dos serviços (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Contudo, a questão da humanização não se encerra, ou melhor, não tem suas origens no campo da saúde (assistencial). Ideias e reflexões acerca da humanização enquanto condição humana são propulsoras de questões filosóficas e antropológicas, e retornar a elas pode contribuir para pensar nesta forma de organização que se estabeleceu.

A noção de ser humano ou, mais precisamente, a compreensão que temos dela passou por transformações no decorrer dos últimos séculos, especialmente em um movimento crítico à metafísica ocidental do indivíduo como algo fixo, como portador de uma essência ou natureza

pré definida. Nesse sentido, existe um avanço de uma concepção de natureza humana para uma dimensão que compreende o ser humano como ser vulnerável, precário e que se constitui em um acontecer histórico e social, onde não é possível prever seus fins. Essa forma de conceber o ser humano amplia e também suscita uma compreensão fluida, sem conceitos finalizados e prontos acerca da condição humana.

Tugendhat (2007) nos convoca a refletir sobre a condição humana, já dizendo que esta é a pergunta fundamental que acompanha diferentes culturas e tradições, apesar de que, em muitas delas, não aparece deste modo, mas embutida em outras questões teóricas por exemplo sobre o que seria filosofia, remetendo a questões existenciais, em busca da compreensão de uma natureza humana. Apesar de ser uma pergunta que, se aprofundada, parece direta, não temos para ela ainda uma resposta óbvia, mesmo com inúmeras tentativas no decorrer da história da humanidade. A grande contribuição de Tugendhat, nesse sentido, é justamente colocar a primordialidade da pergunta e não da resposta. Assim, toda reflexão que se pretende crítica, seja em relação ao conhecimento, seja em relação aos modos de vida, precisa tomar como base a pergunta sobre quem somos, enquanto seres humanos. Uma pergunta que acompanha a existência humana, como uma pergunta comum a todos, mas que também é uma questão que move cada um, em sua individualidade, que se amplia para uma pergunta direcionada aos seus pares, numa dimensão intersubjetiva. É uma pergunta que sempre esteve e está, em todas as culturas, quem somos e como devemos viver

Ao retomar a questão fundamental sobre como nos compreendemos, Tugendhat (2007) acaba problematizando outras definições já apontadas por autores tradicionais, ampliando a pergunta para como devemos viver. O autor aponta dois caminhos: primeiro, que se recuse a uma concepção concreta sobre uma condição humana associada a necessidades absolutas, tendo em vista que tal tendência só seria cabível em uma dimensão religiosa. Tendo em vista essa compreensão, de que não há uma necessidade absoluta, também não haveria uma ordem ou mandamento absoluto sobre a forma de viver, aqui “a pergunta não pode ter alvo algo necessário, mas apenas algo possível, para o que se podem dar boas razões” (TUGENDHAT, 2007, p. 195), um conselho.

O segundo caminho indicado é de que possa haver um processo de discernimento acerca do bem, avançando da dimensão moral para dimensão ética. A dimensão moral seria a forma de viver compreendida como o viver em sociedade, que exige uma forma aconselhável de viver, um contrato entre aqueles que compartilham tal sociedade como local de viver, uma reciprocidade. Essa questão estaria diretamente ligada à motivação humana de viver independente de tradições, mas sustentados por uma reflexão antropológica. No caso do viver

bem enquanto experiência ética que contrapõe a moral, seria a forma de viver sem expectativas de reciprocidade, sem uma finalidade previamente definida. Neste ponto avança para uma crítica à adaptação à religiosidade para manter-se humano enquanto submetido à moral divina ou mística.

Seguindo o que propõe a reflexão de Tugendhat (2007), existem boas razões para seguir determinadas tradições ou conselhos, visando se inserir na dinâmica própria da condição humana, tendências que são seguidas mesmo sem ser conscientes, por isso tendem a ser tomadas como algo da ordem do natural, do correto a ser seguido para “ser” humano. Mas isso, no entanto, não é uma garantia. Não existe uma natureza final ou que caracterize o humano como uma unidade, um tipo de ser único que possa ser descrito como o ideal. Existem características culturais, sociais e históricas que irão influenciar diferentes compreensões e conclusões acerca da condição humana. A tradição torna-se importante nesse sentido, não pela verdade das respostas que apresenta, mas pelo potencial de diálogo que nos oferece. Nesse sentido, justamente, é que buscamos, nesta pesquisa, colocar em destaque elementos da perspectiva teórica da psicanálise freudiana: para que em um plano racional, dialogicamente, nos auxilie a seguir pensando a mesma pergunta que jamais se esgota, a pergunta “quem somos?”.

Já em diálogo com a obra de Freud e tomando em consideração o sentido das influências culturais, Bleichmar (2006) compreende a constituição do ser humano enquanto sujeito ético nesta trama, situando uma diferença essencial das compreensões naturalista e mística. A cultura compreendida aqui não se estenderia para aspectos complexos ou específicos, mas estaria ligada ao modo primário do estabelecimento de relação com outro ser humano. Neste ponto, assinala a característica humana de ser incluído em uma espécie que compreende dimensões muito diversas em sua essência, que constituem aquilo que podemos chamar de ser humano, capaz de ter sentimentos amorosos, generosidade e altruísmo, mas também tendências hostis, capazes de gerar a destruição do semelhante.

A autora segue dizendo que o processo de humanização compreende um processo de desadaptação do biológico, onde inicialmente suas necessidades serão acolhidas por um outro experiente, que irá contribuir para que esse indivíduo posteriormente consiga dar conta por si próprio de tais necessidades. Esse caminho se dá pela apresentação da realidade, feita pelo ser humano adulto, já dotado de condições, que fará ao ser humano sem condições de fazer por si. O processo de transmissão desse saber, que é um cuidado, mas ensina algo ao novo ser, se constitui em uma ética, a ética do reconhecimento do outro enquanto dotado de humanidade, digno de ser respeitado, cuidado e amado. O que é transmitido do adulto para a criança é uma

ética, a partir das recusas e proibições, que sempre estão - ou deveriam estar - justapostas às bases amorosas.

Ao recorrer às contribuições freudianas sobre a constituição do psiquismo humano e da produção de subjetividade, Bleichmar (2006) destaca que ambas compreensões buscam abranger questões especificamente humanas, de sua condição enquanto ser. Aspectos culturais, da forma como se organizam as sociedades, os agrupamentos chamados de família, vão influenciar como se constitui um ser humano, conforme indicado pela teoria freudiana que apresenta as etapas constituintes do indivíduo desde a tenra infância. No entanto, ao considerarmos as diversas culturas e formas de organização familiar, todos estamos falando de seres humanos, todos dotados da mesma condição humana. Essa condição é capaz de promover devastação, horror, com aspectos mortíferos, mas também formas genuínas de solidariedade e magnanimidade. O que vai direcionar aquilo que se faz com as possibilidades existentes, depende de uma imensidão de variáveis, algumas e outras nem tanto.

Neste sentido, vale destacar que o decisivo quanto à humanização não é tanto uma resposta à questão “quem é o ser humano?”, mas a manutenção da pergunta e a exploração de elementos que nos permitam pensar e repensar nossa condição. Para subsidiar essa reflexão, acreditamos poder encontrar elementos muito ricos no pensamento de Freud (mas não só, obviamente), que uma vez apreendidos funcionam como um antídoto para o esvaziamento tarefeiro que ameaça o espírito da PNH, sobretudo, quando ocorre na formação dos profissionais.

2 CONTRIBUIÇÕES DE FREUD PARA A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Essa parte do texto resgata, inicialmente, a motivação para a escolha de Freud como referência para avançar com a reflexão em torno da humanização; isso pode ser feito por meio da noção do trabalho com os clássicos e da vigência de sua potência para o enfrentamento de problemas contemporâneos. A seguir será problematizado o problema da constituição do ser humano, conforme está proposto no texto “Projeto para uma psicologia científica”, escrito em 1895, para posteriormente abordar as contribuições do texto “O estranho”, de 1919 naquilo que diz respeito às práticas de saúde. Por fim, será proposto um tópico de reflexões sobre a formação dos profissionais de saúde atravessado pelas ideias freudianas, apontando para a pertinência de uma reflexão ampliada sobre a humanização, como oportunizada pela obra de Freud, para prevenção daquele tipo de prática tarefaira que muitas vezes esvazia o sentido da humanização almejado por elas.

2.1 Porque Freud?

Sigmund Freud nasceu em Freiberg, na Morávia, em 6 de maio de 1856. Freud era filho de Amalia Freud e de Jacob Freud, e filho mais velho do terceiro casamento de seu pai, e primogênito da mãe. Em 1873 Freud começou seus estudos de medicina, influenciado pela ciência positiva, e pela biologia darwiniana. Em 1882, depois de obter seu diploma, ficou noivo e, por razões financeiras, renunciou à carreira de pesquisador e dedicou-se a tornar-se clínico. Nos três anos seguintes, trabalhou no Hospital Geral de Viena. No início da carreira estudou as virtudes da cocaína como analgesia. Em 1885, estudando neurologia, Freud foi à Paris, com objetivo de estudar com Jean Martin Charcot, cujas experiências sobre a histeria o fascinavam; essa experiência marcou o início da grande aventura científica que o levaria à invenção da psicanálise (ROUDINESCO, 1998).

Freud percorreu um longo caminho até chegar ao que conhecemos hoje como psicanálise. Do ponto de vista do tratamento de seus pacientes, no início de seu trabalho clínico, dada sua formação médica, focava o corpo e as manifestações sintomáticas buscando as causas orgânicas que pudessem sustentar um modelo explicativo para tais sintomas. Sem conseguir encontrar a conexão somática para as manifestações próprias da histeria, com base num trabalho investigativo inédito, passou a dar importância à história e às vivências traumáticas, procurando na memória de cada paciente os acontecimentos e fatos históricos que seriam o substrato real responsável pelos sintomas.

Em razão dessa trajetória singular, Freud foi um pensador original que apresentou proposições inéditas que contemplavam a articulação entre temas biológicos e culturais. A escolha por Freud se deu pela dimensão de profundidade teórica de seu pensamento, mas, sobretudo, pela ética inovadora que sustenta a psicanálise. A escolha também se deu considerando que, por meio de sua obra, é possível refletir sobre questões profundas como aquela levantada por esta pesquisa. Vale considerar ainda que Freud provém de uma tradição médica, do contexto da saúde biofisiológica, e que ampliou esta dimensão com a questão inédita que propõe acerca da condição e do sofrimento humano.

Como lembra Roudinesco (2016), além de um destino heroico, encarnado por meio da trama fantasmática da transmissão familiar, ele mesmo se atribuiu “a missão de fazer existir o que o discurso da razão procurava mascarar: o lado escuro da humanidade, o que há nela de diabólico, em suma, o recalcado, o desconhecido, o sexo interdito, a estranheza, o irracional, a farmacopeia” (ROUDINESCO, 2016).

De acordo com Boto (2019) “clássico” seria um autor referência para os demais, aquele que é exemplar e se aproxima da perfeição ou aquele que resistiu ao tempo, tendo uma validade que extrapola o momento em que foi formulado. Define-se, pois, pelas noções de permanência e referência (BOTO, 2019, p. 8-9). Deste modo, podemos considerar Freud como um clássico, que mantém sua legitimidade e referência no decurso do tempo.

No senso comum muitas vezes são tomados os clássicos como antigos ou ultrapassados. Podemos compreender que o que está por trás dessa ideia deriva do fato que os autores da antiguidade greco-romana apresentaram questões sobre o ser humano que seguem pulsantes até hoje. São questões que permanecem como referência ao tratarmos desses assuntos. Contudo, considerando a compreensão de que o que define o autor como clássico é sua capacidade de transpor para suas obras problemáticas universais, também podemos observar clássicos em épocas posteriores (BOTO, 2019). As transformações sociais possibilitam novas concepções e compreensões sobre o mundo, e o ser humano, por sua capacidade de pensar e transmitir conhecimentos, pode captar tais acepções em seu momento histórico, inclusive na atualidade.

Conforme Schopenhauer (2009), existem três tipos de autores. Aqueles que escrevem sem pensar e se delimitam à compilação de ideias de outros, fazendo de sua memória a origem de seu próprio conhecimento como grupo dominante. Ainda, os que pensam enquanto estão escrevendo, capazes de sintetizar ideias e inserir argumentos atraentes, com raciocínios complexos, mesmo que pouco ou nada originais. E, por fim, um tipo mais raro que engloba aqueles que pensam antes de iniciar a escrever, ou que, meramente escrevem porque pensam. Ainda, refere que um Clássico precisa oferecer possibilidades para ser pensado, no sentido que

sua obra “é apreciada ora num sentido, ora em outro, sem nunca se esgotar por completo” (SCHOPENHAUER, 2009, p. 68).

Calvino lista motivos de “Porque ler os clássicos”, apresentando suas apostas para o uso de tais autores e obras. Conforme Calvino, primeiro, “os clássicos são aqueles livros dos quais, em geral, se ouve dizer: ‘Estou relendo...’ e nunca ‘Estou lendo...’” (1993, p. 09). Esse entendimento se deve ao fato de que, por mais que o pesquisador decida se debruçar ao estudo de algum texto ou autor clássico, é muito provável que ele já tenha tido alguma notícia ou percepção prévia sobre aquele material, seja por leitura própria que lhe causou curiosidade de aprofundar, ou mesmo por já ter ouvido falar sobre ele em algum momento através da leitura de outros. Acrescenta: “Dizem-se clássicos aqueles livros que constituem uma riqueza para quem os tenha lido e amado; mas constituem uma riqueza não menor para quem se reserva a sorte de lê-las pela primeira vez nas melhores condições para apreciá-las” (CALVINO, 1993, p. 10). O autor fala sobre as leituras de clássicos durante a juventude, ocasião em que podem contribuir com a construção de referenciais para a compreensão do mundo e das experiências que terá posteriormente, como palavras, histórias e teorias.

Segue dizendo que “os clássicos são livros que exercem uma influência particular quando se impõem como inesquecíveis e também quando se ocultam nas dobras da memória, mimetizando-se como inconsciente coletivo ou individual” (CALVINO, 1993, p. 10-11). Aqui Calvino sugere que seria precioso poder revisitar os textos e autores da juventude na vida adulta, para poder ressignificá-los e compreendê-los a partir das mudanças internas conquistadas com o tempo e com as experiências de vida. O autor diz ainda que “toda releitura de um clássico é uma leitura de descoberta como a primeira”, visto que “um clássico é um livro que nunca terminou de dizer aquilo que tinha para dizer”; e que “toda primeira leitura de um clássico é na realidade uma releitura”. (CALVINO, 1993, p. 11). Nesse sentido, os clássicos estão sempre considerando a relação estabelecida entre o leitor, ou pesquisador, e o seu texto ou autor consultado. Por isso, Calvino considera que o uso do prefixo “re-” antes de leitura seria opcional e ao mesmo tempo incontornável, visto que somos seres em constante transformação, e isso se estende à forma como nos posicionamos em nossas leituras e pesquisas.

Os clássicos “são aqueles livros que chegam até nós trazendo consigo as marcas das leituras que precederam a nossa e atrás de si os traços que deixaram na cultura ou nas culturas que atravessaram (ou mais simplesmente na linguagem ou nos costumes)” (CALVINO, 1993, p. 11). Neste ponto, o autor aproveita para tratar da problemática dos pesquisadores que optam por ler a crítica ou textos que tratam sobre determinado livro do que o livro propriamente dito. Por serem muito lidos e comentados, os textos clássicos podem contar com textos de apoio,

escritos por autores que também o leem, para auxiliar o pesquisador a compreender determinados aspectos, mas nunca deve substituir a consulta à obra original. Calvino segue nos seus argumentos: “um clássico é uma obra que provoca incessantemente uma nuvem de discursos críticos sobre si, mas continuamente as repele para longe” (1993, p.12). Aqui o autor considera que essa pré concepção sobre determinado texto ou autor deve ser desencorajada no âmbito acadêmico. Ainda, reforça que as instituições educacionais devem servir para fazer entender que nenhum livro que fala de outro livro diz mais sobre o livro a que se refere, devemos deixar o texto falar sem intermediários que pretendam saber mais do que ele.

Os Clássicos não necessariamente nos ensinam alguma coisa que não sabíamos, mas descobrimos nele algo que sempre soubemos ou acreditávamos saber, mas que não tínhamos o registro de quem havia dito aquilo. Nessas ocasiões, ocorre uma descoberta, uma surpresa que dá muita satisfação, da origem de algo. Desta forma, conclui-se mais um motivo, de que “os clássicos são livros que, quanto mais pensamos conhecer por ouvir dizer, quando são lidos de fato mais se revelam novos, inesperados, inéditos” (CALVINO, 1993, p. 12). Aqui se evidencia a importância da relação estabelecida entre quem lê e o texto, pois essa experiência só pode ocorrer se de fato o texto alcança o leitor, ou vice-versa.

O autor apresenta ainda uma ideia de clássico elevada e exigente, afirmando que “chama-se de clássico um livro que se configura como equivalente do universo, à semelhança dos antigos talismãs”, e, “o ‘seu’ clássico é aquele que não pode ser-lhe indiferente e que serve para definir a você próprio em relação e talvez em contraste com ele” (CALVINO, 1993, p. 13). Com estas hipóteses, considera que um clássico pode ser motivo de contestação por parte do pesquisador, mas sempre causa algo naquele que o considera, mesmo que para discordar. “Um clássico é um livro que vem antes de outros clássicos; mas quem leu antes os outros e depois lê aquele, reconhece logo o seu lugar na genealogia” (CALVINO, 1993, p. 14). Por fim, Calvino afirma que “É clássico aquilo que tende a relegar as atualidades à posição de barulho de fundo, mas ao mesmo tempo não pode prescindir desse barulho de fundo”, e que “aquilo que persiste como rumor mesmo onde predomina a atualidade mais incompatível” (1993, p. 15).

É importante considerar que a lida com os clássicos demanda cuidados. A configuração da cultura e da sociedade em que estamos inseridos está constantemente exercendo influência na forma como agimos e conseqüentemente também na forma como fazemos escolhas, e como vamos tratar um texto ou autor ao elencar-los para uma pesquisa. Esse aspecto toma grande proporção no âmbito das ciências humanas, em que pese serem áreas de conhecimento que reconhecem tal influência, e por vezes se ocupam disso em seus estudos.

Tais influências citadas anteriormente são incontornáveis, não há como fugir delas sendo seres humanos conectados com a realidade. Mas existem ainda aquelas que nós, conforme vamos construindo nosso caminho pessoal, profissional e acadêmico – ou, humano –, vamos nos direcionando e nos aproximando por nossas próprias perspectivas e interesses.

Nessa seara, Bloom em sua obra *A angústia da influência: uma teoria da poesia* (2002), propõe uma leitura psicanalítica da história da literatura e da poesia. O autor apresenta a ideia de que o poeta, para se tornar forte, terá que lutar com os poetas que o antecederam. Essa ideia da consciência de que somos influenciados, do ponto de vista dos conhecimentos que construímos, e o que fazemos com essa influência, pode nos auxiliar a pensar nas diferentes áreas do conhecimento. O autor nos convoca a pensar na luta constante entre o desejo de escapar e de controlar as nossas influências. A própria expressão que utilizamos anteriormente aponta para esse dilema, são “nossas” porque nós as possuímos ou são elas que nos possuem?

A influência por vezes pode operar calando o autor, se restringindo a repetir ideias do autor estudado. A busca pela própria voz, por falar em nome próprio é o ideal do pesquisador, e, por vezes, o controle é a forma que o pesquisador utiliza para se aproximar deste ideal, minimizando ou manipulando em seu favor ideias do autor ou texto que está lendo e citando.

Sustentamos, com o suporte de Freud e demais autores consultados para a construção desta pesquisa, que podemos nos aproximar do equilíbrio à medida que, enquanto pesquisadores, dialogamos com o autor clássico. Dialogar implica um espaço de troca entre dois ou mais seres ou ideias, podendo ser próximos, complementares ou até opostos, mas sem anular um ao outro. É necessário dar voz a um autor clássico quando o chamamos para contribuir em nossa pesquisa. Mas, também é igualmente vital colocarmos nossas próprias ideias no texto, considerando a intenção de nos construirmos enquanto sujeitos pesquisadores ao passo em que nos colocamos a pesquisar. Assim tem sido a tessitura deste trabalho, assim como a seleção dos textos a serem explorados.

A psicanálise é mais do que uma teoria sobre a psique humana que se revelou como terapia para o alívio do sofrimento da alma, mas também uma forma de interpretação da sociedade e de seus problemas complexos. Para este recorte específico, que busca o diálogo entre Freud a humanização, pretendemos seguir a dimensão inovadora de sua teoria em dois textos: O Projeto para uma Psicologia Científica e O Estranho, de momentos e contextos de publicação distintos, mas que, mesmo em suas diferenças, podem contribuir para pensar questões cruciais relacionadas à humanização e a desumanização na saúde, além de abrir caminho para problematização acerca da formação profissional em saúde.

Freud colocou em evidência as relações entre a subjetividade, o inconsciente e o corpo, e modificou a forma de compreender as ações, produções e dramas humanos. Freud, como médico e neurologista, enfrentou-se com corpos - com especial ênfase em suas pacientes histéricas - cujos corpos diziam algo além de sinais e sintomas fisiológicos; descobriu a dimensão essencialmente humana desses corpos, os desejos e os processos psíquicos inconscientes.

Freud (1917/1996)¹ mencionou os três golpes narcísicos sofridos pela humanidade, correspondentes a três importantes momentos em que a ciência abalou o ser humano no que se refere à sua onipotência. O primeiro golpe se refere ao reconhecimento da posição do planeta Terra, que antes era compreendido como o centro do universo, com o sol, a lua e os planetas girando ao seu redor. Essa posição geocêntrica foi abalada pelos estudos de Copérnico, no século XVI, que desmentiram essa suposição. O segundo foi desferido por Charles Darwin, que pôs fim à presunção humana de ser superior aos outros animais por possuir descendência divina, comprovando a ascendência animal do homem. O terceiro golpe, supostamente o mais dolorido, Freud situou nas descobertas da Psicanálise:

Essas duas descobertas - a de que a vida dos nossos instintos sexuais não pode ser inteiramente domada, e a de que os processos mentais são, em si, inconscientes, e só atingem o ego e se submetem ao seu controle por meio de percepções incompletas e de pouca confiança -, essas duas descobertas equivalem, contudo, à afirmação de que o ego não é o senhor da sua própria casa. Juntas, representam o terceiro golpe no amor próprio do homem, o que posso chamar de golpe psicológico. Não é de espantar, então, que o ego não veja com bons olhos a psicanálise e se recuse obstinadamente a acreditar nela (FREUD, 1917, p. 90).

Assim, Freud recolocou a condição humana como uma condição não-toda: não consciente e não dominada pelo próprio homem.

2.2 Projeto para uma psicologia científica e a dimensão humana do (ser) humano

O texto “Projeto para uma psicologia científica (1895)” poderia ser considerado, em razão de seu quadro conceitual, como um texto pré-psicanalítico. Em certo sentido, é um texto anterior à psicanálise, pois os conceitos fundamentais da teoria psicanalítica - como os de inconsciente, recalçamento, pulsão e transferência, além de outros - não estavam presentes neste momento da teorização freudiana. Outro ponto que contribui para que seja considerado

¹ Referenciamos as obras de Freud indicando, inicialmente, o ano de sua redação/publicação original, seguido do ano da edição da tradução portuguesa utilizada. Na referência completa, indicada ao final do trabalho, o ano da produção/publicação original é indicado entre parênteses após o título.

desse modo se deve ao fato de que sua terminologia é acentuadamente neurológica e fisicalista. Também é, por outro lado, compreendido como uma introdução ou um primeiro tempo da teoria que Freud vai desenvolver (GARCIA-ROZA, 2008).

Vale comentar que existe ainda um texto anterior, também considerado um do passo prévio em direção à teoria psicanalítica, que é o texto “Sobre as Afasias”, onde Freud abordou, entre várias questões, o aparelho de linguagem. Esse trabalho foi publicado, mas não foi reconhecido pela classe médica da época, enquanto o texto do Projeto não passou de um esboço ou um rascunho que não recebeu reconhecimento do próprio autor, cuja decisão foi, ao invés de publicar, destruir o manuscrito.

O “Projeto para uma psicologia científica”, que doravante será mencionado apenas como Projeto, começou a ser rascunhado por Freud durante uma viagem no trem que o levava de Berlim a Viena, após uma visita ao amigo Wilhelm Fliess, no outono de 1895. Após ter enviado o manuscrito ao amigo, e depois de muita hesitação acerca do valor das ideias nele contidas, Freud decidiu abandonar o que havia sido elaborado ali. Contudo, as ideias e princípios ali esboçados marcaram profundamente, ainda que modificados, a produção teórica posterior de Freud. Por muitos anos, o Projeto não esteve acessível aos estudiosos de Freud, uma vez que só foi publicado uma década após a morte de Freud compondo o conjunto do volume que traz a correspondência entre ele e Fliess (VIEIRA, 2005).

No Projeto, Freud esboçou uma teoria geral acerca do funcionamento psíquico na qual vislumbra a perspectiva de formulação de uma psicologia geral. Tinha como objetivo a proposição da psicologia como ciência natural, que contribui ao entendimento das psicopatologias mas também aspectos que fazem parte da vida psíquica comum e dos processos de constituição dos indivíduos no âmbito psíquico. No início do texto, Freud afirma que o objetivo de seu escrito é construir essa psicologia científico-naturalista, “ou seja, apresentar processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partes materiais capazes de serem especificadas e, com isso, torná-los intuitivos e livres de contradição” (FREUD, 1895/1996, p. 9).

A teoria psicológica geral é descrita por Freud em termos neurobiológicos. Dois princípios especulativos, que seriam sua base, buscam configurá-la como uma psicologia enquanto ciência natural. O primeiro pressuposto é de que o psiquismo humano deveria ser tomado como um objeto natural, um aparelho. O segundo pressuposto é de que os movimentos próprios a esse aparelho podem ser compreendidos em termos de quantidades, que seriam quantidades de excitação ou energias móveis que se deslocam no interior desse aparelho (FULGÊNCIO, 2004). Daí surge a dimensão da constituição do aparelho psíquico, proposta

construída por Freud no decorrer de sua caminhada teórica e que marca sua passagem de médico neurologista a psicanalista. Esta teoria, construída ao longo de anos, fica evidenciada em alguns textos importantes de sua obra.

O Projeto está dividido em três partes: Parte I - Esquema Geral; Parte II - Psicopatologia; e, Parte III - Tentativa de representar os processos psicológicos normais. Freud busca desenvolver, no decorrer deste escrito, um modelo explicativo para o funcionamento psíquico, que vai além do estudo da memória enquanto atividade consciente; nele, o aparelho psíquico nos é apresentado como uma rede de neurônios capaz de produzir, transmitir e transformar a energia que impulsiona o sistema e realiza a atividade psíquica. A partir desse fundamento, Freud propôs um modelo de funcionamento da atividade psíquica normal, e também de seus possíveis distúrbios, descrevendo, a partir do funcionamento desse aparelho, processos psíquicos como a percepção, alucinação, consciência, sonhos e histeria (RODRIGUES, 2009).

A primeira parte, o esquema geral, contempla 21 tópicos: Primeiro teorema principal - a concepção quantitativa; segundo teorema principal - a teoria do neurônio; as barreiras de contacto; o ponto de vista biológico; o problema da quantidade; a dor; o problema da qualidade; a consciência; o funcionamento do aparelho; as vias de condução de psi; a experiência de satisfação; a experiência de dor; afetos e estados de desejo; introdução ao ego; os processos primário e secundário em *psi*; cognição e pensamento reprodutivo; memória e juízo; pensamento e realidade; processos primários - o sono e os sonhos; a análise dos sonhos; e a consciência do sonho (FREUD, 1895/1996).

Ao tratar do cérebro e sua fisiologia, Freud considerou, primeiramente, que a atividade de repouso está sujeita às leis de movimento, a qual representou pela letra “Q”; os neurônios são considerados como partículas materiais, os quais ele representou pela letra grega “η”. Tais pressupostos se destinam a contribuir para o objetivo de estruturar uma psicologia como ciência natural capaz de representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais específicas. Tal condição confere o caráter concreto e inequívoco desses processos. O aparelho psíquico está composto por três sistemas de neurônio representados pelas letras gregas *ômega* (ω), *phi* (ϕ), *psi* (ψ), sendo o último capaz de representar a memória. Vieira (2005) faz notar que Freud não apresentou explicações do porquê de utilizar letras e símbolos gregos para representar conceitos ali formulados. O autor retoma que os físicos da época costumavam fazer esse uso, então, considera que a escolha de Freud pode ter sido devido ao objetivo de assegurar à psicologia um status de ciência natural.

Freud propôs um sistema que, segundo ele, explicaria como se constitui a memória. Na explicação do sistema tripartite de neurônios, o sistema *psi* seria o sistema que tem a capacidade de memória devido à sua impermeabilidade, cujos neurônios podem acumular energia até que o limiar das barreiras de contato seja ultrapassado a ponto de favorecer a conexão entre neurônios. O mundo externo seria a fonte de grandes quantidades de energia, pois, consiste em poderosas massas, de acordo com os termos da física, que estão em movimento. Inicialmente o organismo, na medida em que a recebe, necessita descarregar tal energia. Q possui duas fontes, uma endógena (vinda de dentro) e outra exógena (vinda de fora). A fonte endógena caracteriza-se por um tipo particular de necessidade, as grandes carências que permeiam a vida humana, como por exemplo o sono, o calor, a fome e sexualidade (FREUD, 1895/1996). É possível considerar que essas carências seriam mais do que expressões diretas das necessidades biológicas, pois aqui o ser humano já está compreendido como um ser de linguagem. Então, tais necessidades constituem a dimensão simbólica dos processos psíquicos.

A dinâmica da Q η no aparelho psíquico representa uma necessidade orgânica que se faz presente no organismo, acarretando em um acúmulo da energia ou tensão na proporção do aumento de tal necessidade. O acúmulo de Q no sistema gera uma sobrecarga de energia, o que remete à segunda função desse aparelho - a função secundária - que seria de possibilidade de atender as demandas geradas pela fonte endógena e permitir assim a manutenção da vida (FREUD, 1895/1996).

Freud descreve o modelo da experiência primordial com o semelhante, onde, em termos ainda neurológicos, inaugura o discurso que procura dar conta do papel estruturante das relações inter-humanas na origem do psiquismo. Destaca-se nesse processo o papel central desempenhado pelas duas vivências fundamentais ali descritas - as vivências de satisfação e de dor - na estruturação do psiquismo. Como consequência dessas vivências, se reafirma o papel constitutivo da relação com o semelhante na gênese do “Eu” e na formação da identidade (SIMANKE, 2009).

Devido ao estado primordial de desamparo em que se encontra o bebê humano, é um outro mais experiente que pode lhe proporcionar a satisfação das necessidades, uma vez que o bebê é incapaz de levar a cabo a ação específica que resolve seu estado de tensão. Esse estado somente pode ser resolvido através de uma alteração no mundo externo que forneça o necessário para prover a satisfação. A vivência de desamparo impõe ao bebê humano a demanda pelo auxílio alheio, pelo outro humano - o adulto cuidador - que possui o saber necessário e as condições para fornecer-lhe satisfação das necessidades (FREUD, 1895/1996).

O bebê é incapaz de realizar ações simples para a sobrevivência. Nesse tempo inicial, quando impera um conjunto de sensações de tensão ainda sem qualidade, a única coisa que o bebê é capaz de fazer, para livrar-se do estado de tensão que o aflige, é uma descarga motora que não é eficaz para dar conta de aliviar a tensão gerada por sua necessidade, por exemplo, a fome.

A descarga que o bebê produz por si só não é capaz de reduzir a fome, mas consegue despertar a atenção e o entendimento da mãe, que é demonstrado através do alimento oferecido acompanhado do conjunto de atos que compõem aquilo que Freud descreveu como ação específica, ou seja, aquela que é precisa e entrega exatamente o que o bebê necessita. Quando é ofertada qualquer outra coisa que não seja o necessário naquele momento, a ação específica não se cumpre e o caos continua. Quando a fome é saciada com o alimento que a mãe oferece no ato da amamentação, por exemplo, e o bebê fica livre da tensão de necessidade, então se inscreve uma marca que “tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo” e, por conseguinte, “essa via de descarga adquire assim, a importantíssima função secundária da comunicação” (FREUD, 1895/1996, p. 379).

O bebê depende absolutamente da mãe², que, por sua identificação com o bebê, está conectada com suas demandas e necessidades e pronta para disponibilizar-lhe cuidados. É ela quem entende, naquela descarga de agitação motora e choro, uma mensagem. O “pedido” que a mãe ouve, ainda que não exista em sua concreta intencionalidade, revela-se como “a única maneira com que [o bebê] pede ajuda” e esse “justamente não é um pedido, uma mensagem, mas um simples índice objetivo: o transbordamento da chaleira” (LAPLANCHE, 1992, p. 104) que desperta o ato de socorro. O entendimento da mãe tem origem em algo que precisa ir além de sua vivência concreta para, transcendendo a si mesma, e alcançar a disponibilidade de ouvir a realidade desse outro. Assim a mãe torna-se capaz de representar e atender as necessidades de seu bebê.

Freud, ao descrever os cuidados solicitados pelo bebê no início da vida, afirma que a mãe deve realizar a ação específica para atender cada necessidade, entender exatamente o que o bebê precisa para livrá-lo da tensão da fome ou do que quer que seja. Essa ação real é o que possibilita o registro de uma experiência de satisfação, sempre reinvestida pelo bebê, depois disso, a cada nova tensão de necessidade. O funcionamento psíquico se estrutura como defesa frente ao desamparo que marca a condição humana. Aqui fica marcada a alteridade enquanto

² Embora Freud não explicita isso, o termo mãe pode indicar a genitora, obviamente, mas também abarca qualquer outro adulto que assuma essa tarefa de atender/cuidar do bebê satisfazendo-lhe as necessidades, exercendo o que se denomina função materna.

fundamento na formação subjetiva, ou seja, essa condição seria a fonte de humanização (SILVA, 2009).

Freud descreve essa experiência de dependência não apenas como um fato, mas concede a ela um caráter importante. Quando as vivências concretas de ser cuidado e ajudado pela mãe forem inscritas, ficarão para sempre guardadas e representadas no psiquismo do sujeito como compromisso moral assumido com o semelhante. Assim, confirma a característica de fundante da dependência primordial e a ética do semelhante através do cuidado e do reconhecimento.

As marcas que ficam inscritas por esses atos concretos, vão configurando o estatuto psíquico. Essas vivências não podem ser entendidas pelo bebê neste momento arcaico de seu funcionamento psíquico. Ainda que não possam ser compreendidas em seu significado, as experiências ficarão registradas e suportarão vínculos e atos sem que se tenha consciência disso. Freud capturou essa dimensão ao afirmar que “o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte originária de todos os motivos morais” (1895/1996, p. 379). Essa frase refere-se especialmente ao compromisso que aí se funda, sustentado na suposição de que a base para cada sujeito se constituir somente ocorrerá em contato com o outro humano.

A dimensão da experiência de satisfação estaria na base do funcionamento psíquico normal, enquanto que, outra dimensão importante referida no Projeto, a experiência de dor, estaria na base do funcionamento psíquico patológico. A dor, enquanto vivência abrupta, faz irromper grandes quantidades de estímulos na direção do sistema de memória psi; decorrente de falhas dos dispositivos de proteção contra quantidades exógenas, tal aumento se configura como desprazer, contribuindo para eliminação da excitação por via reflexa, facilitando os caminhos para esse modo de eliminação e para a representação do objeto que provocou a dor (FREUD, 1895/1996).

Freud descreve a dor como o resultado ou equivalente da falha dos dispositivos - sistemas de neurônios - do aparelho psíquico. A dor decorre das quantidades de energia aumentadas produzidas por essa falha. Quando retoma o fato de que as quantidades de Q produzem facilitação, reafirma que a dor também gera facilitação e marcas permanentes sentidas como desprazer. Quando a memória, ou imagem mnêmica do objeto hostil é novamente investida por uma nova percepção ou experiência, o indivíduo irá experimentar um estado que não é dor, mas tem certa semelhança com ela, o estado de desprazer com tendência à descarga que corresponde à experiência da dor (FREUD, 1895/1996).

A implantação dessas primeiras e decisivas inscrições não poderia existir sem o semelhante, mas vale ressaltar que a experiência não se dá apenas do exterior para o interior, o

que permite afastar a ideia de passividade da criança em relação ao adulto. Freud teve distintas posições em relação a esse problema em sua obra, mas sempre admitiu o paradoxo da passividade e da atividade da criança em relação ao adulto em diferentes contextos. A coexistência dessas posições da criança em relação ao adulto está presente na própria concepção da pulsão como movimento ativo; por outro lado, a criança sofre passivamente o impacto da sexualidade adulta, o que é inerente à constituição psíquica.

A noção de desamparo é a marca da condição humana. Menezes (2008) retoma a dimensão do desamparo que atravessa a obra freudiana para destacar que a “condição de desamparo” é reveladora do modo como se dará a constituição do psiquismo humano; a "situação de desamparo" - que poderia ser uma cena com caráter potencialmente traumático, um excesso de quantidade que não pode ser simbolizado - remete afinal à "condição de incompletude, de finitude, de limite, da solidão, do imprevisível, do inominável do resto pulsional" (MENEZES, 2008, p. 92). O desamparo original é compreendido como ação fundante e estruturante do sujeito, sendo, então, insuperável. Esse aspecto, por sua condição de fundamental, irá mediar as relações possíveis de serem estabelecidas pelo laço social.

O desamparo é tomado, assim, como traço inicial, mas nunca plenamente afastado, da condição humana. Dessa condição surge a hipótese sobre a equiparação da humanização com o ingresso na esfera da moralidade. A experiência do desamparo é a base de nossa humanidade, na medida em que, por meio dela, isto é, por meio do suporte ao desamparo inicial fazemos nosso ingresso na dimensão da moralidade, que na perspectiva freudiana constitui a marca de uma existência propriamente humana. O bebê é atendido em sua necessidade não porque se lhe deve algo ou porque com isso se busque alguma recompensa. O bebê tem necessidades e alguém que pode atendê-las vai ao seu encontro. Não é necessário que seja assim, mas assim acontece, e nisso reside uma marca vital e ética. O signo fundamental da moralidade é, portanto, a experiência da resposta solidária ao desamparo, acompanhada de reconhecimento e gratidão. É possível propor que esse gesto solidário, que conforta nosso desamparo inicial e nos introduz na dimensão ética e humana da existência, é justamente aquilo que precisa ser mantido para que nos conservemos nossa condição de humanidade.

Essa perspectiva ética de abordagem da humanização é compartilhada por Bleichmar (2006), em “As condições de humanização”. A autora busca elaborar uma compreensão a respeito das bases fundamentais para a constituição do sujeito. Neste texto é possível visualizar um resgate da teorização freudiana ampliada pelas reflexões filosóficas de Levinas e Castoriadis, cujo fio busca revelar a dimensão ética da constituição humana pautada pela implicação do semelhante.

Qual é o traço determinante da humanização? Que continuemos a repercutir o gesto ético inicial que nos viabilizou como seres humanos; que não deixemos de observar que o desamparo é a marca inicial de nossa existência e que volta a se manifestar sempre de novo, em muitos outros momentos; que sejamos sensíveis ao desamparo do outro e que possamos reagir a ele com solidariedade verdadeira e desinteressada. Mesmo sabendo que esse processo foi proposto por Freud no interesse científico da estruturação psíquica do indivíduo, observar sua natureza constitui uma perspectiva bastante promissora como princípio orientativo para as relações entre os seres humanos.

É possível inferir que a cena do desamparo primordial é recriada no contexto do adoecimento. Quando doente, o sujeito se encontra num estado no qual não possui saber que permita prover por si próprio as condições para ficar bem. É nesse ponto que ocorre a necessidade de cuidados profissionais em saúde. Vamos imaginar uma internação hospitalar: o indivíduo necessita sair da rotina de vida, da sua casa, seu trabalho e suas relações pessoais, para ingressar em uma casa de cuidados de saúde, um hospital. Ali outros seres humanos, profissionais que se ocupam dos cuidados com aqueles que necessitam, tornam-se a referência que irá prover os cuidados para os necessitados.

Uma humanização na saúde que considere a falta, a condição humana frágil e o estado - ainda que transitório - de dependência no qual o sujeito se encontra pode auxiliar mais do que compreender a saúde como estado de completude. A ideia ou ideal de saúde como um estado de completude acaba nos distanciando e cegando, como se fosse possível oferecer uma completude de cuidados, a cessação das demandas e do sofrimento humano. Compreender a humanização a partir desta noção freudiana é compreender a incompletude da mesma e agir apesar disso, ou melhor, justamente em função disso. O cuidado em saúde sustentado no reconhecimento da incompletude - especialmente a própria e, em seguida, a do paciente que está sob os cuidados profissionais - é o caminho para o cuidado ético que considera o outro em sua condição humana.

Por estar em lugar de prover o cuidado, o profissional da saúde encontra-se em uma posição de diferença e de assimetria em relação a quem está doente. Aquele que cuida detém um saber que lhe confere o poder de fazer o que quiser com esse que está entregue aos seus cuidados. Mas porque não o faz? Ou porque, às vezes, faz? Práticas baseadas em suas próprias motivações podem invadir aquilo que deveria ser uma ação específica; espera-se que consiga manter as condições de oferecer os cuidados em saúde sem corromper o núcleo ético da relação de cuidado. Aqui vão falar os restos daquilo que formou esse indivíduo. A reflexão freudiana permite resgatar o fato de que a formação humana daquele que cuida ocorre desde bebê, a partir

dos primeiros contatos com seus cuidadores, configurando um ponto de partida. Essa cena, contudo, não é fechada e não tem fim; um ser humano segue se formando a cada um de seus novos encontros e nas diferentes experiências que vivencia no decorrer da vida com familiares, amigos, colegas, professores.

2.3 Encontros com *o infamiliar* no campo da saúde

“Pior que medo de alma do outro mundo é o medo da alma do mundo do outro.” (Adélia Prado)

A experiência freudiana do inconsciente foi inovadora para a clínica. Sua descoberta é importante para reposicionar as formas de ser no mundo e as dimensões de saúde e doença, assim como as concepções de adoecer e de curar. Freud publicou textos que tratavam questões sociais, atravessado que foi pelas ocorrências de seu tempo, como aquelas referentes à guerra, à violência e ao mal. Existe, contudo, um texto que aborda essas dimensões através de uma perspectiva do indivíduo consigo próprio, que é *Das Unheimliche* (1919), que foi traduzido para o português, inicialmente, como *O Estranho ou O Inquietante*. Nas traduções mais recentes, a expressão que se mostrou mais apropriada para o uso em português foi *O infamiliar*.

Ao longo do texto, Freud discorre sobre os diversos usos das palavras ‘*unheimlich*’ e ‘*heimlich*’. Este é um caso especial, no vocabulário freudiano, em que ele próprio dedicou-se a uma investigação acerca de um vocábulo possível de diferentes interpretações. Esse exercício de leitura mais lexical ou filosófico se revela em um exercício psicanalítico, ao assinalar essa dimensão paradoxal da palavra, tão usual no cotidiano. Essa forma de trabalhar e apresentar esse texto é uma bela forma de tradução, enquanto produto textual, de como a psicanálise enquanto técnica clínica opera “com sua mais fundamental ferramenta: a língua cotidiana, com suas camadas e sua história” (IANNINI; TAVARES, 2021, p. 21).

Este texto foi escrito considerando que o título remete a um conceito que por si já daria a dimensão daquilo que seria proposto na abordagem do texto. De acordo com Iannini e Tavares (2021), tradutores da última versão, paradoxalmente, esse texto nos coloca diante de um intraduzível. Não apenas por não encontrar um semelhante comum, diante da diversidade das línguas, mas pela própria ambiguidade da expressão, que carrega em si mesma a dimensão familiar e também a não-familiar, ou, infamiliar.

Uma das dimensões sugeridas diante desse desafio da tradução, remete a uma dimensão aterrorizante. Essa dimensão toma mais forma à medida que se compreende que o que está em jogo aqui é algo que está muito próximo do indivíduo, e faz parte daquilo que o indivíduo é. O

infamiliar é desconhecido, mas ao mesmo tempo é familiar e parte de si. Dualidade possível a partir daquilo que propôs Freud, do ser humano clivado, ou seja, com seu aparelho psíquico que comporta instâncias, dividido dentro de si mesmo. A condição humana é marcada por essa divisão. O outro, esse que não é o próprio indivíduo, é também o inconsciente - o outro de si mesmo.

Freud recorre a narrativas e a literatura para trabalhar com o seu texto e apresentar metáforas. Ao retomar o conto do “Homem de Areia”, de Hoffmann, para associar a ideia de estranheza em narrativas, Freud retoma uma dimensão abordada por outros autores anteriormente a ele, acerca do estranho, como oriundo da incerteza intelectual quanto a um objeto ter ou não vida, ou ainda, quando um objeto inanimado se torna extremamente parecido com um objeto animado. Nesta passagem, considera que o medo é acompanhado do desejo de que o objeto inanimado - sejam as bonecas ou brinquedos - adquira vida. O que fica em evidência neste elemento, é que o que causaria estranheza não seria o medo, mas o próprio desejo infantil ou crença. Sugere “haver aqui uma contradição; porém, talvez seja apenas uma complicação, que nos pode ser útil mais tarde” (FREUD, 1919/1996, p. 148).

Outro conto de Hoffmann citado por Freud é o “O Elixir do Diabo”, que contém também temas que atribuem o efeito infamiliar da narrativa. Nesse caso, os temas se referem ao fenômeno do ‘duplo’, que aparece em todas as formas e em todos os graus de desenvolvimento da obra. Os personagens são considerados idênticos porque parecem iguais, e são associados durante a história, onde se remetem a um e outro concomitantemente, associando tais semelhanças e confusões. Para versar sobre o ‘duplo’, Freud remete a Otto Rank, sendo que, originalmente, a noção de ‘duplo’ era uma segurança contra a destruição do ego ou a negação do poder da morte, referindo a alma ‘imortal’ como o primeiro ‘duplo’ do corpo, ou, a ideia de duplicar como forma de não pôr fim, contra a (própria) extinção. Nesse ponto, Freud (1919/1996) recorda dos antigos egípcios que criavam imagens dos mortos em materiais duradouros, que revelam uma aterrorizante dimensão do duplo desse ritual: primeiro, garante a imortalidade, de modo amistoso; depois, transforma-o em estranho anunciador da morte.

A morte é apresentada no texto como o grande enigma, o grande problema que temos que lidar, em vida. Freud aponta que o medo da morte, comum a todos os seres humanos, é intenso e está sempre pronto a vir à mente por qualquer intervenção. A dimensão emocional, termo empregado por Freud acerca das reações diante da morte, diverge da dimensão racional. Apesar de consciente a todos, a morte pode ser considerada, para os indivíduos, uma experiência vivida a partir da repressão, feita por meio do uso do ‘*un*’ antes do ‘*heimlich*’; o duplo em cena.

A dimensão do adoecimento psíquico pode ser tomada como dimensão humana e reveladora da dimensão humana real, “se a psicanálise fala de sofrimento psíquico, esse é para ela um fenômeno universal, inerente ao gênero humano” (SILVA, 2009, p. 271). Contudo, vale considerar que o adoecimento do corpo físico também carrega essa dimensão, menos por uma diferenciação entre corpo e mente, mas como unidade, a dimensão da finitude, essencialmente humana. Essa ideia carrega um contraponto à definição da OMS para a saúde como sendo um “estado de perfeito bem-estar físico, mental e social”. Tal definição de saúde é um estado impossível e utópico que, se fosse tomada ao pé-da-letra, a psicanálise seria um saber infamiliar e que estaria aquém do ideal de saúde, já que, afinal, considera essencialmente o sofrimento humano diante das adversidades e da essência da vida.

Na perspectiva de compreender o infamiliar em saúde, retoma-se Moretto (2006), quando considera a doença como sendo um estranho para o indivíduo. Um corpo estranho, algo que atravessa o sujeito sem que este o reconheça. Nesse sentido, a coisa estranha que põe o sujeito doente seria causa de muito sofrimento e angústia. O nível de sofrimento pode ter a ver com a gravidade da doença, a intensidade com que ameaça a vida, mas o adoecimento em si já é aterrorizante, pois no geral é algo imprevisível que não se planeja nem se busca.

O fato de uma doença, por meio dos avanços científicos, poder ser nomeada, transcrita e conhecida, não garante que o indivíduo a considerará parte de si, ainda que seja acometido por ela, e que ela já esteja, em sentido biológico, potencialmente nele. O fato de muitas doenças decorrerem de causas externas ao sujeito - ainda que, do ponto de vista biológico, tais causas sejam internas ao organismo - e não o implicarem em sua causação, isso não diminui a importância de que possa reconhecê-la quando ela ocorre. Esse é um processo que transcorre num nível que está além do conhecimento consciente e da compreensão racional da existência da doença ou de qualquer argumentação lógica a respeito da mesma, e que envolve uma dimensão subjetiva. Reconhecer a doença é o primeiro passo para que o indivíduo possa se diferenciar dela.

Moretto (2006) estabelece uma distinção entre a posição subjetiva de ter uma doença e de ser uma doença. É diferente o paciente ser portador de uma doença, ter uma doença, podendo se responsabilizar pelo que tem - se este for o seu desejo, enquanto posição subjetiva - daquele paciente que está totalmente identificado, por alguma razão particular, à doença, e, portanto, ser uma doença, a qual lhe traria algum benefício. No caso da primeira posição, o paciente emprestaria ao médico seus esforços no trabalho de lidar com a doença, enquanto que, na segunda, muitas vezes pode se fazer necessária alguma intervenção no campo subjetivo para que haja mudanças de posicionamento frente ao adoecimento.

Assumir ou não este estranho “não depende de um ato voluntário, portanto não depende de argumentação” (MORETTO, 2006, p. 180). Não se trata então de convencer o paciente a aderir a algum comportamento ou tratamento prescrito, afinal, não é disso que se trata. A relação do paciente com seu tratamento médico passará pela forma como ele se posiciona diante de sua doença. O paciente pode assumir uma determinada posição por inúmeras razões. O indivíduo quando escolhe ser o objeto, oferecer-se a ser cuidado, manipulado e comandado pelo outro, o médico, aquele que sabe sobre a doença; então, se ele é a doença, saberá do próprio indivíduo.

A posição subjetiva de ter uma doença implica a condição de estar doente, enquanto que a posição de ser uma doença implica a de ter um médico. Desse modo, a partir de tais demandas, cabe pensar, que médico é esse que se busca ter? O que esse médico pode fazer? O que esse médico deve fazer em nome de tratar o doente? Um sujeito que se coloca como objeto coloca-se na posição de que qualquer coisa pode ser feita com ele, desde que aquele que está ali para cuidar considere que deva ser feito. Esse é o ponto que remete à posição ética do adulto diante do bebê, conforme propôs Freud acerca do desamparado, daquele que necessita de cuidados.

A psicanálise sustenta uma ética de não normatização que se distancia de uma concepção de saúde que elimine a dimensão da doença e do sofrimento, já que se apoia numa ética do desejo que é necessariamente falho e faltante. Ao propor o conceito de inconsciente, reforça uma “inadaptação do homem ao mundo” (SILVA, 2009).

Ao retomar as aproximações da psicanálise com a medicina, na origem freudiana, Moretto (2019) refere que a psicanálise se configura como um discurso de exterioridade, e não como posição de concorrência ou submissão. Destaca como curiosa a tentativa de reconciliação entre a psicanálise e o campo da saúde, uma vez que ela nasceu nos hospitais onde Freud teve suas primeiras experiências profissionais. Quando retorna à Freud, o faz para afirmar que a psicanálise pode ser associada a qualquer trabalho que toma como fundamento os conceitos fundamentais de inconsciente, transferência e resistência. Tais conceitos orientam o trabalho dos psicanalistas, mas também podem compor o campo de interesse e compreensão de diferentes profissionais no contexto de saúde, mesmo não sendo profissionais *psi*.

Tudo isso ajuda a questionar a posição dos profissionais diante do sofrimento humano. Seria o sofrimento do outro um estranho, infamiliar? O que há de familiar naquele que adoece? E quem adoece, o que encontra nessa vivência O que ela faz emergir naquele que cuida?

O doente fica à mercê do infamiliar, do não conhecido, do não esperado, daquilo que não está previsto. Assim, até mesmo suas demandas pulsionais internas podem ser inéditas e

reedições de vivências primitivas não reconhecidas pelo indivíduo. O terror pode ser oriundo tanto do ambiente e contexto externo, quanto de suas profundezas internas, ou ambos.

O corpo doente é um estranho. É um próprio-corpo infamiliar. O corpo que se reconhece como valioso é o corpo perfeito, belo e saudável, que não precisa de suporte nem de cuidados nem de intervenção, pois é pleno e suficiente. Um corpo doente causa mal-estar, além da dor física; a dor física é um dos elementos suscitados diante do padecimento físico, a dor física se instala como experiência viva no indivíduo doente, mas não se resume a essa dimensão.

Aquele que cuida não pode sentir a dor física do outro, mas o mal-estar e a angústia podem ser compartilhados. O ar que circula no ambiente hospitalar está impregnado de angústia. Quando reconhecida, ela pode ser internalizada como sofrimento, pena, empatia, compaixão. Quando recusada, não pode ingressar como registro psíquico no aparelho mental; permanece como indiferença ou através de outras formas de contornar essa dimensão mais frágil do corpo doente, como, por exemplo, a tentativa de controle por meio dos avanços tecnológicos e modernos tratamentos. O corpo, além do desamparo por estar doente, está entregue a esse aparato tecnológico que, dependendo do uso, pode contribuir para a tentativa de apagamento da condição humana de finitude. A meta do homem, na atualidade, é ultrapassar a morte ou seus representantes mais diretos, a doença e o envelhecimento.

Além de um corpo que seja sadio, essa tentativa visa conquistar um corpo que se aproxima do mítico e do imortal. Gomes e Próchno (2015) ao considerar tal dimensão, afirmam que a hospitalização pode abalar essa dimensão ideal e mítica. Atrelada à dimensão de abalo da idealização da condição humana, a necessidade de cuidados em saúde faz emergir abalos de diferentes dimensões. A fragilidade e a finitude ficam evidentes para o próprio doente e para os outros, afinal o seu corpo torna-se objeto público no âmbito hospitalar. Esse corpo doente sinaliza a impossibilidade de controlar a vida e a morte (GOMES; PRÓCHNO, 2015).

Apesar de ser o local onde se evidencia em carne viva a limitação da vida, o hospital surge, na dimensão fantasmática, como o local detentor de saber e de cura. É um local que pode ser muito idealizado como capaz de realizar a tentativa de superar a finitude. Diante de um ideal assim, emergem as possibilidades de oferecer-se como ser passivo, mas também suscitam-se reações hostis. Enquanto instituição, o hospital é esse lugar que comporta, assim como o ser humano, as dimensões de vida e de morte: um lugar que possibilita recuperar a vida, mas também o recinto onde a morte real mais acontece.

Além do outro em si, encontra-se também o outro do outro, quando se está em relação com alguém. No caso dos cuidados em saúde, a relação é assimétrica. Existe, de um lado, um

que depende, e do outro, um que irá prover necessidades - uma situação que se parece com o desamparo inicial experienciado por todo bebê humano. As demandas de cuidado irão acontecer de um ser humano para outro. Apesar dos avanços tecnológicos, não há ainda um distanciamento desse encontro, entre o profissional que cuida e o doente que espera o cuidado.

Esse outro infamiliar pode também ser a própria morte do outro, a finitude do outro que remete à finitude de cada um. A doença é o representante mais próximo da morte. Assim como a vida, já que é a partir dela que pensamos em seu fim. A ocorrência desse evento - findar a vida - leva para outro mundo, o outro lado, sendo, aqui, esse outro algo similar à espera por esse lugar que nunca venha a findar-se. Um estranho - aqui já mais familiar - do qual não se pode escapar; não se pode, mas se luta incessantemente contra tal verdade. No contexto hospitalar, o adoecimento faz emergir dimensões psíquicas defensivas como modo de enfrentamento do sofrimento. Uma das formas de expressão do sofrimento humano, descrito comumente nesse contexto, é a despersonalização, uma destituição de si mesmo. Essa dolorosa experiência constitui-se quando se passa a ser outra coisa diferente do que se era a partir do acometimento da doença ou da necessidade de hospitalização.

Essas dimensões psíquicas defensivas evidenciam, indiretamente, uma tentativa de fugir do infamiliar que se encontra em cada um. Há, por assim dizer, uma dimensão bárbara em nós mesmos, para a qual precisamos atentar como parte de um movimento humanizador mais amplo. A humanização, que se inicia com o reconhecimento do gesto de cuidado do outro que nos ampara em nosso desamparo primordial, alcança outro nível com reconhecimento da barbárie que ainda permanece em cada um, e que, como tal, ameaça constantemente nossa permanência na dimensão ética do existir humano. Esse ponto é extremamente significativo pois aponta para uma dimensão autoformativa, de trabalho reflexivo sobre sua própria condição, que tem um potencial importante para a transformação da relação com os outros. Pois, uma vez que nos tornamos sabedores do infamiliar em nós, cresce a possibilidade de nos tornarmos mais sensíveis e compreensivos para o infamiliar do outro.

Assim, seguindo as pistas levantadas por Freud, a humanização, enquanto ingresso e permanência do indivíduo na dimensão ética do existir humano, demanda esse momento de autoformação, que é fundamentalmente exploratório em relação à própria condição. E isso torna-se especialmente importante para pensar a formação de profissionais da saúde que possam, no exercício do cuidado com o outro, dar um sentido à humanização para além do tecnicismo das práticas tarefas já problematizadas, anteriormente.

2.4 A formação dos profissionais de saúde para a humanização

Os profissionais de saúde não estão imunes à condição humana, afinal, o desamparo também lhes atravessa. E quanto! Devem prover cuidados que garantam a manutenção da vida daquele semelhante - finito -, tendo que suportar as demandas de cuidado em um contexto de desamparo e terror que o doente lhes despeja sobre suas próprias angústias. Como se preparar para isso? Bastaria conhecer e seguir as leis e publicações orientativas? Isso se aprende estudando? Em graduações, pós-graduações, onde? De que formação se fala quando se considera o problema de como manter-se humano e respeitar/promover a humanidade do outro, reconhecendo o semelhante como digno de cuidados éticos?

Primeiramente, trata-se de entender a formação em sentido amplo, ou seja, considerando os múltiplos aspectos que constituem o ser humano concomitantemente à sua identidade profissional: aspectos culturais, intelectuais, éticos, emocionais etc.³ Parte-se, aqui, da premissa de que uma formação estritamente profissionalizante, que ignore a formação integral da pessoa, como aspectos afetivos, éticos, estéticos, e outras variáveis que influenciam sua existência, acaba sendo limitada inclusive em termos profissionais. Isso porque o desempenho profissional exige, além da competência técnica imprescindível, capacidades outras que dependem de uma formação ampliada. São exemplos disso a capacidade de se posicionar diante de situações complexas considerando diferentes perspectivas, a capacidade de se colocar na perspectiva dos outros, de estabelecer diálogos verdadeiros e de ser razoável no trato com situações inéditas. As dificuldades enfrentadas para a efetivação da humanização servem, aqui, como um caso paradigmático: o cumprimento rigoroso das normas e especificações e dos códigos deontológicos, por si só, não garante muitas vezes a autêntica humanização; há algo que não pode ser normatizado, que depende da formação dos profissionais, mas que se faz imprescindível para que a humanização buscada pelas políticas públicas alcance um nível mais elevado de realização.

Por tudo isso, pensar na formação dos profissionais de saúde é um desafio. Mais ainda, porque falar em profissionais de saúde já caracteriza um campo amplo. Pode-se considerar

³ Em educação, o conceito de formação tem uma longa história que inicia com a noção grega *paidéia* grega, passa pela *humanitas* latina e chega ao conceito alemão moderno de *Bildung*. Em comum, todos esses conceitos guardam certo interesse pelo cultivo desenvolvimento do humano a partir de estágios insipientes. Por considerar o ser humano em sua totalidade, o conceito de formação tem sido requisitado na atualidade como forma de contrapor uma tendência reducionista da educação, focada quase que exclusivamente no desenvolvimento de competências técnicas e ignorando aspectos mais gerais do desenvolvimento da subjetividade. Para uma visão global sobre os diferentes momentos deste conceito, remetemos à Zatti e Pagotto-Euzebio (2022). E para uma discussão do alcance atual do conceito, indicamos a leitura da coletânea organizada por Dalbosco, Muhl e Flikinger (2019). Para uma discussão de uma ideia mais ampla de formação já voltada ao campo da saúde, ver Maraschin e Dalbosco (2022).

como ponto de partida a medicina enquanto ciência e suas influências, mas o campo da saúde já abrange muitas especialidades médicas e de outras origens científicas ou de campos de estudo e prática. Enquanto campo de conhecimento e intervenção, diferentes áreas do saber que se debruçam sobre o homem, desde áreas de origem genética e biologicista, até áreas com foco nos aspectos psicológicos e sociais, todas parte de um grande saber que é a saúde.

Essa evolução, em grande parte no Brasil, tem influência do SUS enquanto política e a concepção de saúde reforçada por ele, a qual é pautada pela determinação social, modelo que considera a ocorrência ou a produção de doenças no âmbito da coletividade, ampliando o princípio da causalidade, até então fortemente condicionado pela história natural das doenças. De acordo com a comissão específica para discutir os determinantes sociais da saúde, criada pela OMS, visando chegar a uma pactuação coletiva de combate às desigualdades sanitárias, a saúde sofre influências das circunstâncias em que os indivíduos estão inseridos no decorrer de suas vidas, com influências de ordem política, social e econômica (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

No que se refere à formação dos profissionais para trabalhar na área da saúde, ela não se dá exclusivamente para o trabalho no serviço público, mas está direcionada para a formação para a prática profissional generalista e ampla. Um dos aspectos comuns aos cursos de graduação é a ideia do cuidado humanizado pautado pela ética, o qual deve se basear nos códigos deontológicos de cada profissão. O Código de Ética Médica, por exemplo, tem sua versão de publicação de validade internacional desde 1949, tendo sido promulgado no Brasil em diferentes versões reformuladas, sendo a última versão publicada em 2018. No capítulo dos princípios fundamentais, o segundo princípio diz que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do *ser humano*, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Assim como a área médica, a psicologia enquanto ciência da saúde, também conta com um código de ética profissional. Em seus princípios fundamentais, já no primeiro item diz que “o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do *ser humano*, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Destaque para a centralidade conferida ao ser humano, citado em ambos os códigos. O objetivo destas menções não é a análise aprofundada de cada código - nem destes dois citados, nem de todos os outros do campo da saúde -, em que pese sua importância e relevância, mas sim pôr em evidência a existência destes materiais oficiais que guardam um lugar de valor para

isso que chamam de *ser humano*, deixando totalmente suspensa qual a compreensão de ser humano subjacente à elas.

A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), base para o código de ética do psicólogo e outros, traz elementos importantes para pensar o exercício da humanidade no convívio social e nas práticas dos profissionais, mas não explicita uma compreensão do ser humano que é subentendido como indivíduo dotado de dignidade e direitos. No Artigo 1º, diz que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. O único momento que cita a palavra saúde na DUDH é no Artigo 25, onde consta que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”, não sendo item específico dos cuidados em saúde. Contudo, artigos que contribuem para pensar a saúde são: o 3º, que diz que “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”; o 5º, que diz que “ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”; e o 6º que diz que “todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Contudo, esse lugar garantido na DUDH e nos códigos de ética profissional não garante seu exercício. Pode-se dizer que, muitas vezes, não se tem o conhecimento de tais elementos - paradoxalmente, afinal são necessários para o exercício da cidadania e profissional - mas, nem mesmo o próprio conhecimento de tais paradigmas garante sua efetivação. Essa problematização parece uma denúncia - talvez seja, de acordo com as vicissitudes de experiências pessoais e das pesquisas que têm se apresentado acerca da realidade das práticas e das instituições de saúde. Somente conhecer um código não garante que o cuidado será atravessado pelo reconhecimento do ser humano enquanto dotado de dignidade e digno de cuidado humanizado. Normas, assim como políticas, se mostram insuficientes para garantir práticas de assistência e gestão de cuidado humanizadas. Então, o que falta? Ou, o que é possível fazer diante deste cenário? Neste momento, cabe a dedicação à segunda questão, ao que é possível fazer, considerando que foram sendo levantadas algumas suspeitas/hipóteses e problematizações para a primeira questão no decorrer deste trabalho.

Quando se remete à formação do profissional de saúde no Brasil, para além das formações regulares, também se trata da tendência à aproximação do caminho formativo com o

caminho e o desenvolvimento das políticas de acesso à saúde como um bem de direito de todos. A proposição do SUS é que a saúde no país seja universal, equânime e integral, o que, para que se efetive, ainda necessita de muitos avanços. De tal modo, a formação dos profissionais em consonância com tais princípios também aciona atenção e cuidado. Quando se fala em formação profissional para o trabalho em saúde, de um modo ou de outro, é possível conceber que todos os indivíduos estão atravessados pela inovação que esse sistema de saúde universal trouxe para o desenvolvimento e estruturação da saúde no país, ainda que enfrente ainda hoje inúmeros percalços para a sua efetivação.

Assim como houve avanços nas políticas para a humanização, também houve marcos importantes para a educação no campo da saúde. A proposta presente desde o início era a existência de programas de educação permanente em saúde, com destaque para três momentos desde a promulgação da constituição. Primeiro, em 1996, houve programas estruturados para formação de profissionais para atuação na Saúde da Família, estratégia central do nível de atenção básica. Na ocasião, as ações tinham como objetivo oferecer suporte, tanto nos aspectos teóricos quanto técnicos, aos profissionais já inseridos nesse nível de atenção, buscando contribuir para a formação desses que já estivessem aptos a trabalhar, mas ainda com defasagem quanto aos aspectos singulares das práticas de atenção básica (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Outro momento importante foi a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2004, oficializando a preocupação e oferecendo princípios norteadores para a formação de profissionais para trabalhar na área da saúde. Os interesses, assim como no movimento anterior, são focados nos profissionais já inseridos, considerando a importância do papel educativo dos processos de trabalho em sua essência e também para a transformação de modos de fazer (BRASIL, 2004).

O terceiro momento se destaca com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, que em aprovou a consolidação do SUS com seus três componentes: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Pacto contribuiu com mudanças para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, agregando três mudanças básicas: primeiro, a alteração da política para adequação ao Pacto pela Saúde com maior protagonismo da gestão regional; segundo, a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob gestão federal; e, por fim, a vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos da Educação Permanente em Saúde, nos âmbitos municipal, regional ou estadual. Essa mudança do paradigma de gestão tinha como propósito transformar as práticas tradicionais de capacitações

fora de contexto, para uma construção coletiva, centrada nos processos de trabalho e com tendência ascendente (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Apesar da história de movimentos políticos e sociais para a transformação da forma de pensar e fazer saúde no Brasil, está sendo cada vez mais evidenciada a necessidade de uma reformulação nas formas de conceber as práticas de ensino e formação profissional, especialmente no âmbito da saúde, para que os futuros profissionais possam alcançar um sentido e uma prática mais plena da humanização. A incursão pela obra de Freud nos propicia poderosas ferramentas conceituais para avançarmos nessa direção. A primeira dessas ferramentas conceituais é uma ideia de humanização que, sem definir o humano a partir de categorias fechadas, se dá pelo ingresso e permanência na dimensão ética da existência, em que cada um foi introduzido no momento em que um outro gratuitamente lhe atendeu em seu desamparo inicial. Esse gesto primordial de gratuidade, ao mesmo tempo em que nos viabilizou existencialmente, nos inseriu em uma rede de solidariedade. Mas essa rede solidária, essa teia ética que constitui o horizonte do acontecer humano, para se manter, precisa manter afastada a barbárie que ainda reside em cada indivíduo e que constitui o infamiliar-familiar, a barbárie que subjaz ao eu civilizado. A humanização complementa-se com esse olhar para o infamiliar, que é o outro externo, mas também o outro interno. A humanização é, assim, também um trabalho sobre si mesmo, trabalho que vai muito além da implicação imediata representada pelo cumprimento de protocolos e pela observação de códigos de conduta e de ética profissional, independentemente de quão úteis e necessários eles sejam. A humanização está indissociavelmente ligada a uma dimensão ética.

A humanização enquanto dimensão ética exige reflexão sobre a condição humana, sua fragilidade, desamparo, a qual deve - ou almeja - ter a capacidade de sensibilizar a relação de uns com os outros, sobretudo com aqueles fragilizados pelos problemas de saúde. Que indicação tiramos disso para a formação dos profissionais da saúde? De imediato, a indicação de que é urgente que a formação dos profissionais tenha um caráter reflexivo, que promova um olhar sobre a condição humana, sobre a dimensão ética que nos atravessa. A reflexão sobre a condição humana não deve tomar o lugar da formação técnica - essa que é imprescindível para os cuidados integrais em saúde - mas deve complementá-la. E parece óbvio, nesse sentido, que os cursos de formação profissional na área precisam criar espaços e oportunidades para que isso aconteça, ou seja, para que a reflexão se torne parte integrante da formação profissional. Isso passa por questões de planejamento relativas à conteúdos, disciplinas e projetos a serem desenvolvidos. Tudo isso demanda ampla discussão, que, ao menos em parte, já é pautada em alguns espaços. Mas, inquestionavelmente, essa demanda reflexiva na formação profissional

passa pelo reconhecimento de um novo modelo de gestão da saúde e das relações interpessoais, a ser introduzido, primeiramente, na relação pedagógica.

O modelo biomédico vigente não pode ser ignorado, necessita ser reconhecido para que seja problematizado e superado nos pontos problemáticos. Dalbosco *et al.* (2023) alertam que uma prática afetada pela redução ao paradigma biomédico forja subjetividades ao sujeito a quem deveria-se cuidar, ou seja, produz efeitos psíquicos e para a forma de vida desse sujeito. O que está em questão, nesse caso, são os limites de um modelo de formação profissional preocupado quase exclusivamente com a formação técnica, que ignora outras dimensões pertinentes à formação de um profissional e que são imprescindíveis para o tipo de atenção e cuidado que favorece a humanização.

A produção de subjetividade pode ser compreendida como um processo de ordem política e histórica. Bleichmar (2010), ao trabalhar o conceito de subjetividade e sua relação com a constituição do psiquismo, afirma que a produção de subjetividade tem a ver com a forma como cada sociedade define os critérios que permitem construir sujeitos capazes de integrar sua cultura de pertença. Neste sentido, também pode ser incluída a forma como os sujeitos são tomados em cuidado, seja na cultura em sociedade, seja nas instituições de saúde, reflexo de tais formas de viver em sociedade.

Buscando sustentar a posição de que a forma de cuidado contribui para a produção de subjetividades, vale retomar a contribuição de Dalbosco *et al.* (2023), quando concluem que o processo saúde-doença, ao envolver diferentes dimensões, sejam elas subjetivas, éticas e políticas, também acionam aspectos afetivos, emocionais e sociais dos indivíduos. E, de tal modo, o cuidado em saúde que visa considerar a integralidade dos aspectos envolvidos, deve-se fundamentar na busca profissional em compreender o cuidado em saúde a partir de uma relação de diálogo com a pessoa cuidada e com a comunidade, construindo práticas e técnicas compartilhadas.

Dalbosco *et al.* (2023) propõem a concepção hermenêutica como uma possibilidade de ampliação da formação humana e profissional no contexto da saúde, tendo em vista que esta abordagem compreende a análise interpretativa do processo saúde-doença, compreendendo as bases fisiopatológicas e também as questões afetivas e sociais envolvidas; tal integralidade somente pode ser conquistada por meio de uma articulação e em entrecruzamento das áreas do saber, as ciências da natureza e as ciências humanas e sociais. No caso de uma formação em saúde, se faz necessário compreender e considerar de que forma acolher tais conhecimentos, visando contribuir para a ampliação do olhar dos profissionais em formação, para que tenham

maiores condições de lidar com os desafios do cuidado de pessoas e comunidades - e não apenas de doenças.

Simonetti (2016) nos reporta à Grécia antiga para revisitar a forma de cuidado dos médicos daquele tempo. Refere que naquele momento havia dois tipos de médicos, aqueles que cuidavam dos cidadãos gregos e os que cuidavam dos escravos. Os médicos que cuidavam dos escravos, por não conseguir se comunicar com eles, afinal eram estrangeiros que falavam outros idiomas, acabavam abandonando o hábito de conversar com esses pacientes, apenas os examinavam fisicamente e medicavam. Os médicos que cuidavam de seus companheiros também gregos, ainda mantiveram o hábito de conversar e costumavam se inclinar sobre o leito para aproximar-se dos pacientes nessas conversas, assim, começaram a ser conhecidos como “os médicos que se inclinavam”, do grego *inclinare*. Esse termo influenciou o termo atual “clínica”.

Figueiredo (2007) afirma que cuidar é uma atividade está inserida nas obrigações profissionais de todos os que trabalham nas áreas da saúde e da educação, também, é uma obrigação que cabe a todos os seres humanos que vivem em sociedade. Assim, oferece elementos teóricos fundamentados nos saberes e práticas da psicanálise para uma compreensão daquilo que estaria no ato de cuidar, o que chama de uma “teoria geral do cuidar” (FIGUEIREDO, 2007, p. 13), que contribui para pensar o processo de cuidado do próprio profissional de saúde e também do profissional ocupado de formar profissionais de saúde - o professor, que pode ou não ser também um profissional de saúde, mas sua característica essencial é ser responsável por transmitir conhecimentos que irão formar as condições para que os indivíduos sejam aptos a trabalhar após concluir as devidas demandas de formação - geralmente transmite muito mais do que isso, afinal, aspectos éticos, sociais e psicológicos estão envolvidos neste processo de ensino-cuidado.

Um cuidado que permita ou facilite que se crie ou se forme um sentido humano, para além da religiosidade ou tratamentos médicos, se refere a possibilidade de oferecer ao sujeito uma experiência de integração; experiências que não ensinadas teoricamente, mas necessitam ser vividas para que façam sentido. Distante do ideal da perfeição e estabilidade das experiências humanas, o aspecto do cuidado envolve essa aposta de enfrentamento aos traumas e excessos da vida humana. Figueiredo (2007) apresenta as dimensões do cuidado com o outro e as figuras da alteridade inicialmente como presença implicada - aquele que sustenta, que é continente, que reconhece, interpela e reclama - mas, destaca também a importância da presença em reserva, onde aquele que está em papel de cuidador renuncia à sua própria

onipotência e à aceitação de sua própria dependência, onde se retira ou se mantém em reserva para convocar à ação e dar espaço às capacidades criativas do sujeito que está sob cuidado.

Quando tratamos da formação profissional, o tema do cuidado com a construção e transmissão de saber e conhecimento se evidencia. Valeria tomar a própria formação como cuidado - daqueles que estão buscando se especializar em cuidar de outros. Uma grande dimensão de cuidados se coloca em questão. Cuidado que se multiplica. Onde começa? Qual é o fim? Cuidado com o aluno da área da saúde que está em formação, para que possa exercer cuidado com o indivíduo-paciente que será atendido posteriormente, cuidado com os professores que estão ocupados com a transmissão do saber-sobre e saber-com cuidado, gestão de equipes, diferentes áreas do saber, enfim, muitas questões.

No campo da saúde, o saber médico ou o discurso médico é o discurso válido; o médico ocupa um lugar, diante do doente, de saber sobre a sua doença, de tal modo é aquele que detém a condição de saber sobre a cura de tal doença. Neste sentido, voltando às origens para iluminar possibilidades para o futuro, Moretto (2017) nos relembra a importância da revisão de postura de Freud, enquanto médico, ao se interessar pela histeria, antes de se interessar pelas histéricas. Ao trabalhar com a histeria, enquanto doença, não pôde avançar, já que aquela era uma doença que se parecia com todas as doenças, mas ao mesmo tempo não era nenhuma; se via sem perspectivas de tratamento e cura. Assim, avançou em sua busca por escutar tais pacientes - as histéricas - e acolher suas histórias, seu saber sobre si, favorecendo que estas pudessem falar aquilo que nenhum outro - seja médico ou não - poderia falar por elas próprias.

Tal cena referida anteriormente, do médico inclinado a escutar o doente, associada às contribuições freudianas sobre a constituição do ser humano considerando a dimensão psíquica, condição de desamparo, e sua posição diante da unfamiliaridade da doença e da morte, pode auxiliar a pensar a forma de cuidado dos profissionais na atualidade, do ponto de vista da humanização como prática ou postura clínica e ética. Não apenas para pensar em uma forma de prática, mas sim de posicionamento profissional e humano diante dos cuidados em saúde. Uma posição de escuta, de aproximação, de disponibilidade, de aposta, se aproxima de uma postura característica do ideal de prática humanizada. Assim também é possível pensar na formação dos profissionais, baseada em uma posição inclinada dos próprios professores, pensando na formação no campo da saúde. Problematizar a prática profissional exigiu problematizar a formação profissional, que também exigiu uma revisão de fundamentos teórico-conceituais sobre a constituição e a condição do próprio ser humano. E esse caminho abre muitos outros

caminhos, os quais se almejou contemplar de algumas maneiras neste item e nos anteriores, mas que também se ampliam a partir daqui.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema da humanização no decorrer deste estudo revelou-se um desafio. Já por sua ambição, quando propôs articular psicanálise, saúde e educação. O desafio se ampliou à medida que as discussões, além de teórico-conceituais, se direcionaram a problematizar práticas de saúde vigentes e problemáticas evidenciadas na atualidade, de onde brotaram as fontes originárias para a construção da pesquisa e das possibilidades de enfrentamento desta realidade.

A questão norteadora buscou compreender como se inscreve a ideia de humanização no campo da saúde e como a compreensão sobre a condição humana em Freud poderia contribuir para pensar a formação do profissional de saúde com uma atitude humana, no que diz respeito às práticas de cuidado em instituições. Para que tal caminho fosse percorrido e alcançado, foi necessário reconstruir a compreensão de saúde na história, o caminho do desenvolvimento do conceito de saúde especialmente suas transformações no decorrer da história, também resgatar as políticas de saúde pública no Brasil e as implicações da humanização do cuidado para assim problematizar sobre a prática em saúde e formas de produção de humanização. Em um segundo momento, retomando a importância do estudo da obra de Freud, foi possível encontrar em sua obra conceitos que subsidiaram discussão acerca da constituição do ser humano e sua formação atrelada à reflexão sobre as implicações da necessidade de cuidados em saúde no decorrer da vida, e, assim, foram engendradas contribuições para a formação de profissionais para a humanização.

Previamente à discussão e reflexão teórica psicanalítica, foram reconstruídas as noções de saúde na história e suas influências para as políticas públicas vigentes na atualidade, que contribuem (ou não) para a efetiva humanização na saúde, desde o caminho da formação profissional, suas possibilidades e desafios impostos. Neste ponto, a proposta de enfrentamento da ideia de humanização enquanto marco conceitual e efetivamente na prática foi necessária, e isso foi possível a partir da compreensão de suas diferentes dimensões, inclusive aquelas que aniquilam possibilidades de sua real efetivação, mesmo que respaldada por normas e legislações vigentes. A humanização em um sentido jurídico ficou evidenciada com essa reconstrução, onde não foi encontrado um sentido explícito da humanização atrelada ao ser humano. Neste ponto, se reafirma a importância de que se promova uma análise mais aprofundada sobre a humanização, onde a pergunta pelo ser humano, sua condição e suas variáveis, necessita estar no horizonte das reflexões sobre os processos de produção de cuidado e de saúde.

Em seguida, ao recuperar conceitos freudianos, a noção de desamparo dos seres humanos, proposta no texto *Projeto* foi decisiva para compreender a condição humana em sua essência, e sua reatualização quando do acometimento por adoecimento de saúde. No caso da doença, o indivíduo fica novamente entregue aos cuidados de outro indivíduo, que está em condição favorável para prestar-lhe atenção e oferecer suporte, a partir de suas técnicas e conhecimentos profissionais. Mas também, esses indivíduos - ambos, cuidador e doente, são acionados em sua dimensão humana e afetiva.

A noção de humanização extraída do texto freudiano nos leva a considerá-la enquanto ingresso e permanência no âmbito da existência ética, resultante do gesto altruísta de acolhimento do desamparo inicial que marca a condição humana. Outros conceitos potentes oriundos desse texto fundante também contribuíram para pensar a posição do profissional, como a ação específica, feita a partir de um entendimento das necessidades do indivíduo, culmina em uma experiência de satisfação de suas necessidades. Essa experiência, para que seja de fato transformadora, deve contemplar aspectos integrais incluindo a relação humana envolvida no processo de cuidado em saúde.

É importante ressaltar que não se trata de uma crítica a formação e aportes técnicos da formação do profissional em saúde, afinal esse domínio é de extrema importância e decisivo para as práticas e sucessos terapêuticos. Trata-se, antes, de fomentar a ampliação do olhar de tais práticas, para que assim possam ser mais abrangentes, integrais, e assumir um lugar de destaque e transformação na vida dos indivíduos, a partir da forma como ela se insere na relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Neste ponto, abrem-se caminhos que ainda poderiam ampliar aspectos conceituais freudianos como a noção de transferência. Tal conceito não foi abordado em sua amplitude, devido a limitação de objetivo e tempo desta pesquisa, mas mostra-se um caminho promissor para avanço de pesquisas sobre o tema.

Ainda, outro aspecto de grande relevância desenvolvido nesta pesquisa foi o tema do infamiliar, extraído do texto de mesmo nome, publicado por Freud para o enfrentamento de uma questão social daquele momento, mas que revelou em um conceito importante para articular as dimensões envolvidas no processo de adoecimento e das relações estabelecidas neste contexto. Neste texto também se evidencia a condição humana enquanto existir ético, que exige atenção ao infamiliar bárbaro que nos constitui, ainda que nos assuste. Nesse nível, se mostra necessário um cuidado com o processo de autoformação, que precisa existir e fazer parte da constituição do ser humano, enquanto ser no mundo, que alcança a própria subjetividade, mas especialmente, para uma humanização do indivíduo enquanto profissional cuidador, para que se estenda ao indivíduo assistido no contexto de cuidado em saúde.

E, finalmente, as contribuições para a formação dos profissionais de saúde foram sendo construídas por meio da problematização dos documentos orientativos para a formação em saúde, desde as políticas aos códigos de ética, mas que não se finalizam neste aspecto, pois necessitam e seguem nos exigindo avançar em reflexões. A formação dos profissionais da saúde para a promoção da humanização precisa ser, além de técnica, reflexiva. A dimensão ética a ser conquistada não se aprende - tão somente - por acesso a políticas orientativas, mas necessita de uma posição e disposição reflexiva, em um sentido antropológico, voltado à condição humana.

Os aportes conceituais freudianos explorados, *desamparo* e *infamiliar*, se mostraram ricos e promissores como contribuição à uma formação reflexiva. Tais conceitos, compreendidos em sua história, se revitalizam ao ser considerados em um contexto de transformação de posição do próprio Freud, de médico neurologista à psicanalista - não de transformação de objeto de estudo, mas de posição ética e clínica que permitiu tal mudança. Aliadas às bases conceituais clássicas foram agregadas contribuições de autores contemporâneos e estudiosos da educação e da formação humana. Assim, considera-se que as reflexões propostas nesta dissertação podem contribuir para uma formação que conduza os profissionais de saúde a uma autorreflexão, que se revele finalmente em uma formação técnica atravessada por uma ética. Um esforço contínuo, que compreende diferentes áreas do saber que se cruzam, se tensionam e se fortalecem.

REFERÊNCIAS

- BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saude soc.*, v. 11, n. 1, jul. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>. Acesso em: 1 maio 2023.
- BATISTA, Karina B. C.; GONÇALVES, Otilia, S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude soc.*, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/>. Acesso em: 15 maio 2023.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n.17, p. 389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- BLEICHMAR, Silvia. As condições de humanização. *In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- BLEICHMAR, Silvia. *El desmantelamiento de la subjetividad: Estallidos del yo.* Buenos Aires: Topía Editorial, 2010.**
- BLOOM, Harold. *A angústia da influência: uma teoria da poesia.* 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2002.
- BOBBIO, Marco. *O doente imaginado.* São Paulo: Bamboo Editorial, 2014.
- BOTO, Carlota. (org.). *Clássicos do pensamento pedagógico: olhares entrecruzados.* Uberlândia: EDUFU, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.* Brasília, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 1 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 1 maio 2023.
- BRASIL. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.* Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial de União*, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 1 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CALVINO, Italo. *Por que ler os clássicos?* 5. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CAMPOS, André L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. E-book.

CARVALHO, Antônio I.; BARBOSA, Pedro R. *Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES-UAB, 2014.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, [S. l.], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68675>. Acesso em: 1 maio 2023.

CARVALHO, Manoela; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul./set. 2013.

CASTRO, Maria da Graça de; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. Conceito de mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006.

CHERNICHARO, Isis M.; FREITAS, Fernanda D. S.; FERREIRA, Márcia A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, jul-ago 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RQb7LZXH3vmYsBYdCCWJ6fn/?format=pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019*. Conselho Federal de Medicina, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo: Resolução CFP nº 010/05*. Conselho Federal de Medicina, Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

DALBOSCO, Cláudio Almir; MARASCHIN, Renata; SANTOS FILHO, Francisco Carlos dos; DALBOSCO, Ana Katharina. Formação Humana em perspectiva hermenêutica na área da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2023 (no prelo).

DALBOSCO, Cláudio Almir; MÜHL, Eldon Henrique; FLICKINGER, Hans-Georg (org.). *Formação humana (Bildung): despedida ou renascimento?* São Paulo: Cortez, 2019.

DESLANDES, Suely F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, Suely F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 33-47.

FIGUEIREDO, Luis Claudio. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, v. 11, n. 21, São Paulo, jul.-dez., 2007.

FIOCRUZ, Portal Fiocruz Online. *A Revolta da Vacina*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-0>. Acesso em: 15 jun. 2022.

FREUD, Sigmund. *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 2.

FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos (I) (1900)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 4.

FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos (II) (1900-1901)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 5.

FREUD, Sigmund. *Sobre o Narcisismo: Uma introdução (1914)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 12.

FREUD, Sigmund. Uma dificuldade no caminho da psicanálise (1917). In: FREUD, Sigmund. *Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 17.

FREUD, Sigmund. O estranho (1919). In: FREUD, Sigmund. *Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 17.

FREUD, Sigmund. *O Infamiliar e outros escritos*. Trad. Ernani Chaves e Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. Obras Incompletas de Sigmund Freud.

FREUD, Sigmund. *Projeto para uma psicologia científica (1895)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 1.

FULGÊNCIO, Leopoldo. O Projeto como uma metáfora biológica dos processos psíquicos. *Psicologia USP*, v. 15, n. 3, p. 117-135, 2004.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Bragança Paulista: Vozes: 1997.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método II: complementos e índice* (1976). Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*, v. 41, n. 112, jan.-mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Acesso em: 19 jun. 2023.

GARCIA-ROZA, Luiz A. *Introdução à metapsicologia freudiana*, v. 1. 7. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

GOMES, Daniela R. G.; PRÓCHNO, Caio C. S. C. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Revista Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00780.pdf>. Acesso em: 8 maio 2023.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis*, v. 14, n. 2, jul. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200011>. Acesso em: 6 maio 2023.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 2. fev. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>. Acesso em: 6 maio 2023.

HOWARD, Jan. Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view. In: HOWARD, Jan; STRAUSS, Anselm (ed.). *Humanizing Health Care*. New York: John Wiley & Sons, 1975.

IANNINI, Gilson; TAVARES, Pedro Heliodoro. Freud e o Infamiliar. In: FREUD, Sigmund. *O Infamiliar e outros escritos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

LAPLANCHE, Jean. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, Jean.; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MARASCHIN, Renata.; DALBOSCO, Cláudio. A. O desafio da formação profissional ampliada em saúde. *Notandum*, n. 60, p. 143-165, 15 dez. 2022.

MAYEAMA, Marcos Aurélio; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. As concepções de saúde e suas ações consequentes. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 39, n. 1, 2010.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 447-8, maio-jun. 2004. Disponível em: <https://www.eerp.usp.br/rlaenfEditorial>. Acesso em: 4 maio 2023.

MENEZES, Lucianne S. *Desamparo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. (Coleção Clínica Psicanalítica).

MENICUCCI, Telma M. G.; COSTA, Luciana Assis; MACHADO, José A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc. saúde colet.* v. 23, n. 1, jan. 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>. Acesso em: 4 maio 2023.

MORETTO, Maria L. T. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, 2006.

MORETTO, Maria L. T. A presença do pensamento freudiano no campo da saúde. In: KEHL, Maria Rita. KUPPERMANN, Daniel (org.). *Porque Freud hoje?* São Paulo: Zagodoni, 2017. p. 191-213.

MORETTO, Maria L. T. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 18 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1948. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1. Acesso em: 20 jul. 2023.

RIOS, Izabel C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med.*, v. 33, n. 2, 2009.

RODRIGUES, Sidarta S. A atualidade do projeto freudiano de 1895. *TransFormações em Psicologia*, v. 2, n. 2, p. 100-113, 2009.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

SCHOPENHAUER, Arthur. *A arte de escrever*. Porto Alegre: L&PM, 2009.

SILVA, Fernanda D.; CHERNICHARO, Isis M.; FERREIRA, Márcia A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun. 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2023.

SILVA, Fernanda D.; CHERNICHARO, Isis M.; FERREIRA, Márcia A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ztz57bdFVbKwFJpSmXMvNms/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SILVA, Magali M. Para além da saúde e da doença: o caminho de Freud. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 259-274, jul./dez. 2009.

SIMANKE, Richard T. A psicanálise freudiana e a dualidade entre ciências naturais e ciências humanas. *Sci. stud.*, v. 7, n. 2, Jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000200004>. Acesso em: 4 maio 2023.

SIMÕES, Anete P. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, n. 4, dez. 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400013>. Acesso em: 4 maio 2023.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença*. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SOUZA, Luiz A. P. MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface comun. saúde educ.*, v. 13, supl.1, p. 681-8, 2009.

TUGENDHAT, Ernst. Antropologia como Filosofia Primeira. In: POMMER, Arnildo; FRAGA, Paulo Denisar; SCHNEIDER, Paulo Rudi (org.). *Filosofia e crítica: Festschrift dos 50 anos do Curso de Filosofia da Unijuí*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 183-199.

VIEIRA, Tito L. F. *Project for a scientific psychology by Sigmund Freud*. 2005. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

ZATTI, Vicente; PAGOTTO-EUZEBIO, Marcos S. *Educação como processo de formação humana: uma revisão em filosofia da educação ante a premência da utilidade*. São Paulo: FEUSP, 2022.