

Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate

Institutional violence and humanization in health:
notes to debate

Yuri Nishijima Azeredo¹
Lilia Blima Schraiber¹

Abstract *This paper starts from humanization policies and the academic debate around them to reflect about institutional violence inside health services. Based on research on scientific publications in Collective Health, it was observed that violence in relationships between health professionals and users – which is at the core of the humanization's debate – is conceptualized as an excessive power in exercise of professional authority. Using Hannah Arendt thinking as theoretical contributions regarding the concepts of 'authority', 'power' and 'violence', our objective is to define and rethink these phenomena. Melting these reflections with the history of institutionalization of health in Brazil, and especially the changes in medical work during the twentieth century, we conclude that the problem of institutional violence on health services is not based on excess of authority and power of professionals, but rather in its opposite. When there is a vacuum of professional authority, and relationships between people do not happen through power relations, there is space for the phenomenon of violence.*

Key words *Violence, Power (psychology), Health services, Humane care*

Resumo *O presente trabalho parte das políticas de humanização e seu debate acadêmico para refletir sobre a violência institucional na saúde. Tendo por base pesquisa sobre as publicações científicas na Saúde Coletiva, constata-se que nesse debate a violência que se identifica nas relações entre profissionais e usuários, núcleo das indagações na temática da humanização, é concebida como um excessivo poder no uso da autoridade profissional, sendo esta pouco discutida. Apresentando as reflexões de Hannah Arendt como um novo aporte teórico acerca dos conceitos de 'autoridade', 'poder' e 'violência', objetiva-se distinguir e repensar esses fenômenos. Conjugando essas reflexões com a história da institucionalização da saúde no Brasil, em especial as mudanças no trabalho médico durante o século XX, concluímos que o problema da violência institucional na saúde não se fundamenta em um excesso de autoridade e poder dos profissionais, mas no seu contrário: quando a autoridade profissional se esvazia e as relações entre os homens não se dão através das relações de poder é que está aberto o espaço para o fenômeno da violência.*

Palavras-chave *Violência, Humanização da assistência, Serviço de saúde, Poder*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP. Av. Dr. Arnaldo, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP Brasil. yuri.azeredo@gmail.com

Introdução

O presente ensaio reflexivo é um dos produtos da pesquisa realizada acerca do debate, acadêmico e político, da humanização em saúde, que se dá no campo da Saúde Coletiva¹. A relevância de se examinar tal debate é evidenciada pela crescente produção de publicações sobre o tema e se reforça com o próprio surgimento, em 2003, de uma política pública de caráter nacional, a Política Nacional de Humanização (PNH).

Tendo por objetivo identificar as distintas temáticas e concepções de humanização operadas no interior do mencionado debate, este foi abordado por meio de dois corpos documentais e que constituíram a base empírica da pesquisa¹: a produção bibliográfica na Saúde Coletiva, cujo levantamento resultou em 98 publicações científicas analisadas, e os textos oficiais da PNH.

O exame desses documentos mostrou que o conteúdo da política nacional, de modo convergente com as publicações do campo, acabou por erigir a violência institucional como um dos seus principais alvos¹, tornando profundamente relacionadas ambas as temáticas: a violência institucional e a humanização.

Neste ensaio, vamos considerar essa vinculação entre violência institucional e humanização tal como se apresenta especificamente no debate acadêmico desenvolvido nas publicações científicas examinadas, sendo assim uma reflexão sobre um dos principais resultados da mencionada pesquisa.

No plano tanto internacional como nacional, a violência é reconhecida como uma questão social e da saúde, e tem sido tema de pesquisa em diversos países. Essas pesquisas mostram que, para além dos problemas econômicos e de infraestrutura que os diversos serviços de saúde sofrem, encontram-se aspectos socioculturais relacionados às práticas violentas de caráter institucional²⁻⁵. Pesquisas cujo empírico constitui-se através de entrevistas com profissionais e usuários dos mais diversos serviços nos mostram que a questão da violência na saúde não é uma questão pessoal ou pontual^{6,7}. A constância e a alta distribuição dos episódios de violência fazem com que seja caracterizada como institucional, ou seja, que existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas. Esta violência se expressa como negligência na assistência, todas as formas de discriminação social, violência física e até sexual⁸. O teor dos relatos, ao mesmo tempo em que chocam, traz a percepção da urgência

com a qual esse problema precisa ser enfrentado: *Aí foram fazer o exame do toque, maldito exame do toque. Porque ele foi com toda vontade. Nossa, acho que doeu mais do que na hora do parto. Por isso que eu não gostei dele [médico]. Porque acho que ele não foi com... Se aquilo for delicado, o que não for delicado me matava [...] Aí veio uma médica [...] Tão boazinha, acho que ela tinha uns quarenta anos, mais ou menos, tão boazinha ela era. Ela estourou minha bolsa, fez o exame de toque e eu não senti tanta dor quanto a do homem⁷.*

No entanto, embora o tema esteja sendo bastante explorado, existe uma série de problemas em seu debate. Talvez pela sua complexidade ou pela grande diversidade de perspectivas epistemológicas e de desenhos metodológicos, o campo da Saúde Coletiva parece deter-se mais (até pelo seu caráter pragmático, como apontam Paim e Almeida Filho⁹) sobre ‘como combater’ a violência institucional do que sobre ‘o que é’ a violência institucional, assim identificando suas causas e efeitos. Por conta disso, vemos uma série de sobreposições conceituais que entram o já complexo debate acerca da violência dentro do campo. Assim, mesmo sendo a Saúde Coletiva um campo profundamente marcado por incorporações da filosofia de Michel Foucault, que insiste a existência de uma fundamental diferença e descontinuidade entre poder e violência^{10,11}, são comuns leituras no campo que, por exemplo, vêem a violência e o poder como sinônimos^{12,13}, violência como produto de excesso de poder¹⁴ e a indistinção entre autoridade e poder¹⁴⁻¹⁸.

O mesmo pode ser dito sobre o uso da humanização dentro do campo da Saúde Coletiva. Corroboramos com a visão de diversos autores¹⁹⁻²⁶ que criticam um uso demasiado genérico do termo. No levantamento bibliográfico realizado¹, ‘humanização’ aparece majoritariamente em forma de propostas para enfrentar, conter e desestimular a violência dentro dos serviços de saúde. Dessa forma, não será o objetivo do presente trabalho propor uma conceituação positiva para a humanização, mas nos deter sobre essas noções, a saber, autoridade, poder e violência, que surgem como causas da violência institucional dentro dos serviços de saúde e que constituem a razão que torna necessário o debate, as propostas e a política de humanização.

Assim, buscando trazer novos aportes ao debate já existente, procederemos a duas ordens de consideração. Primeiro, apresentaremos uma possível leitura dos conceitos de ‘autoridade’, ‘violência’ e ‘poder’ que, distinguindo-se das identificadas nas publicações do campo da Saúde

Coletiva no tema da humanização, toma por referência, principalmente, as reflexões de Hannah Arendt. Sendo pensadora que se volta para questões ético-políticas e, sobretudo, morais, e tendo em vista que podemos abordar as práticas de saúde, em particular a médica, como ações técnicas bastante dependentes das dimensões ética e moral²⁷, entrevemos nas contribuições arendtianas, ao nos colocar diante de novas conceituações, uma grande potencialidade de ampliar nossa compreensão. Em seguida, nos debruçaremos sobre o adjetivo ‘institucional’ que segue a ‘violência’, ou seja, articularemos esses conceitos com a história da institucionalização da saúde no Brasil para, enfim, inseri-los no debate do campo acerca da violência institucional.

Antes, porém, são necessárias algumas observações de caráter metodológico em que se ancoram nossas considerações.

Aspectos metodológicos

A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimento interdisciplinar, na interseção entre a Ciência da Natureza e a Ciência dos Homens. Enquanto a primeira está preocupada com as regularidades dos fenômenos através de leis gerais de caráter funcional de causas e efeitos, a segunda estaria preocupada justamente no que os fenômenos apresentam de singular²⁸. Para trabalhar essa interseção, escolhamos as reflexões de Hans-Georg Gadamer²⁹ como referência metodológica para o presente trabalho. O autor constrói uma crítica ao método cartesiano, expondo que o exclusivo uso da razão, a partir da exclusão da tradição e da autoridade, ofusca formas alternativas de abordar a verdade, além de não alcançar as certezas “claras e evidentes” que o programa da modernidade prescreve. Gadamer rejeita a verdade como adequação, ou seja, a ideia de que seria possível alcançar uma correspondência entre a percepção humana do objeto que se quer conhecer e a maneira que o objeto é.

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

da tradição e nunca fora deles. Já o sujeito que observa (o sujeito do conhecimento) é histórico e contextual, impossibilitado de uma apreensão neutra e direta do mundo. Todo conhecimento, nesse sentido, é interpretação e é impossível apreender-se os objetos do mundo como eles são, pois novos contextos geram, necessariamente, novas interpretações. O conhecimento da hermenêutica filosófica não visa buscar repetições constantes, verificáveis e previsíveis do empirismo, mas justamente o seu contrário: aquilo que é único, aquilo que é experimentado fora do comum.

Assim, para Gadamer²⁹, conhecemos o mundo não através de um método, mas através de um horizonte, já que a aquisição de linguagem e o processo de aculturação constituem uma perspectiva do mundo através da qual o enxergamos. A hermenêutica gadameriana não desenvolve um conjunto de regras universais para a condução das ciências humanas, mas defende que a interpretação se dá através da “fusão de horizontes”²⁹, entre o horizonte do leitor e o do texto. O autor quer dizer com isso, em primeiro lugar, que não existe interpretação neutra, mas que o resultado final é a junção entre a perspectiva histórica do interprete e a sua leitura do texto. Por conseguinte, não existe conhecimento sem pressupostos como postulam o Iluminismo e o Positivismo, mas que todo conhecimento está inevitavelmente marcado pelos pré-juízos do autor e do contexto social que o circunda.

O que aqui mais nos interessa da hermenêutica gadameriana é o fato de que as reflexões do autor impossibilitam uma visão na qual existiria uma interpretação pura ou correta. No nosso contexto, isso quer dizer que as significações que apresentarmos de ‘autoridade’, ‘violência’ e ‘poder’ não são as únicas possíveis ou melhores que as outras. Antes, que a nossa interpretação seja diferente das outras e que possa enriquecer o debate no campo da Saúde Coletiva. Portanto, acreditamos que as reflexões teóricas de Hannah Arendt acerca da ‘autoridade’, ‘poder’ e ‘violência’ podem contribuir com novas interpretações para o campo da Saúde Coletiva, tendo em vista que se trata de um conjunto teórico ainda pouco explorado³⁰⁻³².

Poder, violência e autoridade na temática da humanização

No debate acadêmico das publicações examinadas, poder, violência e autoridade surgiram como categorias conceitualmente relacionadas. De maneira geral, os autores consideram poder

e autoridade conceitos equivalentes e que ambos condicionariam o fenômeno da violência. Ou seja, esses autores analisam que a desigualdade de poder ou de autoridade dentro da relação entre profissional de saúde e usuário estimularia o fenômeno da violência, sendo este, ademais, um excesso daqueles.

Esses pesquisadores, cujas publicações foram examinadas entendem que a autoridade profissional usurparia a fala e o saber dos usuários¹⁵. A autoridade também é vista como aquele elemento da relação entre profissional de saúde e usuário que justificaria o controle, que demandaria submissão e obediência: “Espera-se da mulher uma atitude de submissão, de obediência, de passividade, de silêncio e de aceitação da autoridade do profissional como aquele que tem o direito de controlar e prescrever os horários, as expressões, a mobilidade, entre outros comportamentos”¹⁴. De maneira correlata, os pesquisadores veem a autoridade como fundamento de uma relação violenta entre os próprios profissionais¹³ e chegam a equacionar autoridade e tirania¹⁸. A partir dessas reflexões, a conclusão dos pesquisadores é que a autoridade profissional deveria ser, de toda forma, evitada: *A dura realidade nos mostra que os enfermeiros estão, em sua grande maioria, insatisfeitos com o seu trabalho e com o reconhecimento da profissão; têm dificuldade de se comunicar com o paciente sem deixar de demonstrar autoridade*¹⁶.

O poder aparece, nas publicações selecionadas, com um uso bastante próximo ao de autoridade, por vezes, tal qual sinônimos. Assim, o poder é tratado como tendo dentro de si a possibilidade do exercício da violência como se, poder e violência, fossem consubstanciais: “como um Problema de Poder: quando a violência física, psicológica ou moral é praticada direta ou indiretamente por uma pessoa ou grupo de pessoas, contra outra pessoa ou grupo de pessoas ou coisas. A violência é apenas o instrumento ou a expressão do poder, e este é o cerne da questão”¹³. Em um plano mais concreto das práticas de saúde, o poder é visto como a ocultação de informações sobre os procedimentos e o estado de saúde dos usuários por parte dos profissionais, cujo objetivo seria, como no caso da autoridade, tornar mais desigual a relação entre profissional e usuário⁸. Dentro dessa desigualdade, o poder é visto como o elemento que levaria à imposição da vontade dos profissionais sobre os corpos dos usuários; toda forma de cerceamento de liberdade, inclusive a decisão sobre a vida e a morte¹⁴.

Considerando essas reflexões, as publicações selecionadas enxergam a autoridade e o poder

como mecanismos de perpetuação de uma relação desigual entre profissionais e usuários, cuja finalidade seria a manutenção de uma relação de submissão, de controle e objetificação do outro. Autoridade e poder, assim, seriam a origem do problema da violência em saúde. Portanto, a solução para o problema da violência na saúde estaria na diminuição da autoridade e do poder dos profissionais, inclusive entendendo-se que o contrário da assimetria é a emancipação: “A proposta de humanização é um referencial importante para transformar a relação profissional-paciente fortemente hierarquizada, numa interação emancipatória”³³.

Mas examinemos melhor essa proposta de tornar a relação entre profissional de saúde e usuário em uma relação entre iguais, o que já se afigura como proposição complicada de se sustentar do ponto de vista teórico e prático.

A relação entre profissional de saúde e usuário é, por sua própria constituição, uma relação entre desiguais, já que não haveria nenhum motivo para um paciente procurar um médico se não acreditasse que existe entre eles uma assimetria, no mínimo, em relação ao saber acerca dos adoecimentos e das terapêuticas. Como coloca o sociólogo Paul Starr³⁴, a autoridade técnica da profissão se funda na legitimidade científica de seus conhecimentos e da dependência da sociedade em relação a esses mesmos conhecimentos. No entanto, a autoridade não se desdobra invariavelmente em uma relação de mando-obeediência como as publicações que analisamos parecem compreender. Como mostraremos, a interpretação arendtiana defende que uma das situações relacionais que não pertencem à autoridade é a da obediência automática.

Medicina liberal: autoridade e tradição

Ao contrário das publicações selecionadas do campo da Saúde Coletiva que enxergam a autoridade como um problema pela sua predominância na contemporaneidade, a análise histórico-interpretativa de Arendt³⁵ constata a existência de uma profunda crise da autoridade no mundo moderno. A autoridade é entendida por Arendt como uma relação especificamente assimétrica entre dois indivíduos. Essa diferença entre os dois polos da relação não está pautada na violência, como numa relação entre senhor e escravo, tampouco no convencimento e persuasão, já que estes só podem existir dentro de uma relação entre iguais: “[...] o que eles [o que manda e o que obedece] possuem em comum é

a própria hierarquia, cujo direito e legitimidade ambos reconhecem e na qual ambos têm seu lugar estável predeterminado³⁵. A autoridade, em Arendt, fundamenta-se no reconhecimento dos dois polos acerca de sua condição desigual.

Nessa leitura, a violência institucional não estaria ligada a um excesso de autoridade, mas a seu contrário: “(...) a autoridade exclui a utilização de meios externos de coerção; onde a força é usada, a autoridade em si mesmo fracassou³⁵. Se não funciona nem pela violência e nem pela persuasão, qual o mecanismo da autoridade? Como ela produz algum tipo de obediência? Segundo Arendt, a autoridade é “mais que um conselho e menos que uma ordem³⁵, ou seja, a autoridade está justamente nesse terreno nebuloso entre uma relação entre iguais que funciona através da persuasão e a relação de violência. Para que exista a autoridade é necessário que esta esteja dotada de legitimidade. Dessa maneira, a crise da autoridade é uma crise, antes de tudo, de legitimidade. Para compreender essa crise, será necessário apresentarmos as reflexões de Arendt acerca do conceito de tradição.

A tradição em Arendt³⁵ é entendida como os postulados do passado que auxiliavam os homens do presente nos momentos de (in)decisões, de dificuldades e mudanças. Esses postulados são questionados durante o período Moderno, principalmente por conta do novo lugar da ciência na vida da sociedade. Assim, esse fio que ligava o passado ao futuro é rompido pelo imperativo da dúvida cartesiana que põe em cheque toda forma de autoridade, de hierarquia e de herança do passado. Faz-se necessário, então, pensar a que tradição a medicina (como primeira e principal profissão de saúde) se liga, ou seja, quais elementos ajudaram os médicos a nomear e selecionar, transitar e preservar.

Seguindo as entrevistas com médicos paulistas realizadas por Schraiber²⁷, a tradição em medicina está ligada ao ideário do trabalho de cunho liberal, a saber, aquele no qual o produtor detém o controle sobre os meios de produção de seu trabalho. Assim, o profissional liberal detém uma autonomia sobre o fluxo de sua clientela, sobre o valor de troca de seu serviço, sobre o modo de organizar e produzir seu serviço e uma autonomia técnica na tomada de decisões clínicas²⁷.

A imagem daquele médico que carregava uma pequena maleta rumo à morada de seus pacientes, conhecia sua família, trabalho e hábitos, é o imaginário social que conformou o referente tradicional da medicina.

Um trabalho de baixa utilização de tecnologia, no qual o profissional fundamentava suas

decisões, por um lado, nos elementos anatomo-fisio-patológicos da transposição do corpo abstrato da ciência para o caso clínico e, por outro, nas dinâmicas da vida, trabalho, costumes e condições sociais de seus pacientes. Schraiber²⁷ mostra que a medicina liberal foi ainda o tempo em que o saber prático, a experiência do cotidiano de trabalho, tinha lugar na prática clínica. Assim, a medicina enquanto prática liberal ancorou-se na crença dos médicos em seus próprios discernimentos, ou seja, acreditavam efetivamente em sua capacidade de bem articular o conhecimento abstrato advindo da ciência com a experiência da prática, reforçando a pessoa do médico como referente da intervenção prudente e segura.

Como profissão consultante, um aspecto fundamental do trabalho médico liberal é a construção de uma boa relação com seus pacientes, para que possa prescrever os tratamentos que serão utilizados em determinado caso, que esses sejam seguidos e que o paciente o procure em caso de necessidade. Assim, é necessário que o médico conquiste a confiança do paciente dentro do encontro clínico³⁶.

A autoridade médica, dessa forma, ganha legitimidade social por conta de diversos fatores. Em primeiro lugar, na medida em que suas práticas terapêuticas são reconhecidas socialmente como eficientes e eficazes na restauração dos corpos. Em segundo lugar, como coloca Starr³⁴, na dependência social que se cria em relação aos conhecimentos e práticas médicas. Por último, como lembra Freidson³⁷, na sua participação como ‘homens de Estado’ durante o século XIX, que lhes permite criar normas de fortalecimento de sua corporação, progressiva legitimação de seus conhecimentos técnicos e das ciências biomédicas que os amparam e o controle (por vezes exclusão) de quaisquer outras práticas terapêuticas, adquirindo, de certa forma, um ‘monopólio sobre o corpo’.

A crise da tradição do trabalho médico, nessa perspectiva, tem duas dimensões consubstanciais. Em primeiro lugar, é a pressão das novas (e caras) tecnologias em saúde que empurram a profissão médica rumo ao trabalho assalariado. Em segundo lugar, a crise da tradição do trabalho médico é o rebaixamento de todas essas formas de saber – do paciente sobre seu corpo e sua doença, do médico sobre tudo aquilo que envolve o seu paciente para além do corpo e da doença e, por fim, da própria experiência do médico – em relação ao conhecimento anatomo-fisio-patológico da ciência.

Medicina tecnológica e a crise do trabalho médico

Na medicina tecnológica do século XX, como o próprio nome aponta, a ciência se tornará o grande crivo do trabalho médico. As maquinarias tornam impossível o trabalho médico na modalidade solo e a profissão será empregada em instituições (públicas e privadas) que terão as posses dos meios de produção do trabalho. Embora os médicos continuem com a autonomia técnica, perderam o controle sobre o fluxo de clientes e a negociação sobre a remuneração. Assim, a figura do médico trabalhador liberal fica somente como ideário no imaginário social da profissão, uma referência mais ideológica da profissão do que prática materializada na sociedade. Como realidade, temos um médico que trabalha em um determinado serviço em que os pacientes atendidos serão aqueles que surgirem durante o seu período de trabalho e, se não for um serviço de atenção básica, provavelmente somente para uma ou duas consultas. Com isso, restará ao médico tratar seu paciente somente em relação àquele problema específico, acentuando-se a lógica de tratar a doença muito mais que o doente.

Do lado do paciente, a referência assistencial sai da figura do médico e se encaminha para o plano de saúde, hospital ou serviço. Assim, o paciente não procura um médico em específico, mas utilizará o serviço que lhe couber pelos contratos de assistência, ou que for mais próximo ou mais bem referendado.

Esse fenômeno que atinge os sujeitos da relação assistencial, seja o agente profissional, seja o usuário do serviço, conforma o que Schraiber²⁷ chamou de 'crise dos vínculos de confiança', ou seja, que a relação estabelecida diretamente entre médico e paciente durante a medicina liberal muda de conformação com a entrada de um terceiro elemento na medicina tecnológica. Assim, essa relação passa a ser sobredeterminada por um ente externo. Estado ou empresa privada passam a determinar as condições sobre as quais essa relação ocorrerá, quais os instrumentos, as tecnologias e os medicamentos que estarão disponíveis bem como quanto tempo as consultas poderão durar e sob qual fluxo e dinâmica assistencial irão ocorrer.

A sobredeterminação dessa relação acarreta a despersonalização dos entes envolvidos, no sentido de que o médico torna-se um nome que consta na lista do convênio e o paciente um número na fila do atendimento. Essa transformação pode ser vista, por exemplo, na diminuição progressiva do tempo de consulta e sua quase substituição

por exames. Essa mudança acarreta um aumento de eficiência (do serviço e não necessariamente da cura), mas traz consigo a substituição do sujeito paciente, com todo o seu contexto de vida, pela aplicação quase imediata da biomedicina do corpo abstrato da ciência sobre o corpo real. A importância dos aparatos tecnológicos cresce tanto na Modernidade que o profissional de saúde torna-se um mero intermediário entre o paciente e a tecnologia e do ponto de vista de sua técnica, mais um refém do que seu agente.

O processo do rebaixamento do julgamento do homem em relação ao poderio da maquinaria é, para Arendt³⁸, característico da Modernidade. A comprovação telescópica de que é a Terra que gira em torno do sol e não o contrário, realizada por Galileu, eleva ao posto de crivo da verdade os instrumentos criados pelo homem, instaurando de maneira generalizada a desconfiança sobre os sentidos humanos em relação à busca da verdade. A desconfiança sobre o julgamento médico parece crescer, na modernidade, em proporção ao desenvolvimento dos instrumentos que primeiramente auxiliariam o discernimento do profissional, mas que, na contemporaneidade, tendem a substituí-lo²⁷.

Assim, o que vemos hoje é um paciente que já 'sabe' o exame que ele precisa para detectar determinada doença e o remédio que necessita para saná-la. Com isso, a autoridade sobre as decisões clínicas parece sair das mãos do julgamento dos profissionais rumo às empresas de tecnologia biomédicas e farmacêuticas. Abalada a figura do médico como referente da boa prática, a crise da autoridade parece criar nos profissionais uma série de atitudes defensivas. Esses profissionais procuram fazer valer uma autoridade que acreditam ainda mais legítima em razão do maior desenvolvimento dos fundamentos científicos de sua prática. Assim, buscam impor suas perspectivas ao invés de dialogar com o paciente, assegurando tal imposição pelo controle que ainda efetivamente detém no acesso às diversas tecnologias, diagnósticas e terapêuticas, e no acesso ao próprio sistema de saúde. Essas atitudes reforçam a perda da interação e se apresentam em relações nas quais a autoridade é substituída pela violência. Assim, o uso por parte do médico do antigo posto de autoridade que antes ocupava, perdida a legitimidade para fazê-lo, transforma-se apenas em exercício de mando e controle do paciente, situação em que, como diz Arendt³⁹, não há nada mais ali de poder, apenas violência.

Enquanto o poder, em Arendt³⁸, é conceituado como uma ação orquestrada e decidida entre homens iguais para o exercício da política e é

um fim em si mesmo, a violência é compreendida pela autora como um meio: “do cano de uma arma emerge o comando mais efetivo, resultando na mais perfeita e instantânea obediência. O que nunca emergirá daí é o poder”³⁸. Assim, quanto mais poder, ou seja, quanto mais podemos decidir e agir em conjunto, menos violência. Resta saber, seguindo essa linha de raciocínio, para qual fim a violência institucional em saúde seria um meio.

Parece-nos que a violência institucional cumpre o papel de adequar os corpos reais, sua história e a subjetividade do paciente dentro das rotinas de procedimentos, das burocracias e das técnicas dos serviços de saúde. Ao contrário da prática médica liberal, na qual o trabalho do médico era adequar, através de seu julgamento, os conhecimentos científicos dos corpos em abstrato relativamente ao corpo concreto, através do famoso imperativo ‘cada caso é um caso’, a medicina tecnológica inverte essa relação. Duas ordens de fenômenos parecem condicionar essa situação. Do ponto de vista das dinâmicas produtivas dentro de nossa sociedade, a divisão do trabalho em saúde – a especialização do trabalho médico e o surgimento de todas as demais profissões de saúde, referidas como paramédicas por Freidson³⁷ – privilegia a dimensão biomédica no tratamento dos problemas de saúde através da fragmentação do corpo em unidades autônomas cuja responsabilidade é rotina de procedimentos constantes e desconectados. Do ponto de vista epistemológico, a hegemonia da ciência (e de seus subprodutos como a tecnologia) como único critério de verdade na Modernidade exclui da cena clínica toda sorte de outros conhecimentos, ignorando dos pacientes o saber sobre a sua própria experiência de adoecimento e dos profissionais a possibilidade de julgar aquele caso específico através de suas singularidades.

Por esse caminho de pensamento podemos compreender como se conectam casos de violência institucional em saúde tão díspares ao mesmo tempo em que tão frequentes. Por esses mecanismos que os usuários de saúde mental experienciam a violência como a massificação de sua condição⁴⁰. As mulheres se sentem violentadas nos serviços se não têm um comportamento padronizado dentro do trabalho de parto⁷ e sentem o ambiente dos serviços como se constituindo através de um padrão industrial, tal qual fosse uma ‘fábrica de bebês’.

Portanto, defendemos que a violência nos serviços de saúde não está pautada em um excesso de poder ou autoridade dos profissionais. Não nos parece que a violência institucional tenha como causa um poder do tipo tirânico por

parte dos profissionais de saúde, como se estes estivessem impondo uma vontade pessoal sobre os corpos dos usuários. O que aparece dentro dos relatos¹ produzidos dentro do campo da Saúde Coletiva é a violência perpetrada dentro dos serviços de saúde como a imposição literal e irrestrita de normas técnicas, de gestão e de tecnologia. Assim, a violência parece ter origem no fim da autoridade em saúde dos profissionais e o esvaziamento dos espaços políticos de poder dentro da relação clínica, tomados de assalto pelo desenvolvimento tecnológico, pela divisão do trabalho em saúde que gera um mecanismo parcelar do cuidado e as novas conformações do trabalho dentro da saúde. Não se trata de excluir a divisão do trabalho ou a tecnologia dos serviços. Mas a grande necessidade parece ser encontrar um equilíbrio entre o desenvolvimento tecnológico e as novas conformações do trabalho com a singularidade de cada caso. O que torna cada caso (em verdade, cada sujeito) único é justamente o elemento que não pode ser abarcado pela ciência ou pelas suas derivações tecnológicas.

A singularidade não é o objeto da ciência em sua busca por uniformidade e constância nos fenômenos que estuda. A singularidade, em verdade, é objeto do cuidado que busca a transposição dos entes abstratos que a ciência cria para os corpos reais dos casos clínicos.

Considerações Finais

Em primeiro lugar, é importante salientar que as críticas à medicina tecnológica e a sua comparação com o modelo anterior não significam que defendemos um retorno aos tempos da medicina liberal, como se se tratasse de um saudosismo romântico do passado. A institucionalização do trabalho em saúde, a divisão do trabalho e o desenvolvimento científico-tecnológico da área foram mudanças decisivas para o acesso de largas porções da população já que, na medicina liberal, a cobertura de atendimento era restrita às elites e pequenas porções das classes médias urbanas³⁶.

Em segundo lugar, parece-nos que o problema da violência institucional na saúde não é, a priori, um problema que pode ser resolvido através de mudanças educacionais dentro dos currículos das graduações de saúde. Como nossa interpretação engendra uma crítica ao lugar da ciência dentro dos regimes de verdade da sociedade contemporânea e as novas conformações do trabalho em saúde, propostas educacionais podem atuar sobre a primeira questão, mas dificilmente afetam a segunda.

A crise, para Arendt³⁵, não é vista como um desajuste que pode ser consertado sem que se mexa no funcionamento geral da estrutura. A crise aparece como uma oportunidade de mudança. Oportunidade para refletir e transformar. Assim, parece-nos fundamental que se reconstrua a autoridade dos profissionais de saúde. Como já dissemos, não se trata de retornar à autoridade médica da medicina liberal, mas construir algo novo, que inclua as outras profissões dentro de uma perspectiva coletiva e multiprofissional. É necessário que se construam práticas de saúde com saberes múltiplos, científicos ou não, que possam compor um julgamento coletivo sobre o caso real. Nesse sentido, nos aproximamos das reflexões de Ayres⁴¹ sobre o êxito técnico e o sucesso prático. O primeiro seria a dimensão estritamente científica e técnica. Mas, para se alcançar a dimensão do sucesso prático, será necessário incluir os saberes do paciente acerca do seu corpo (e os usos que faz dele), da sua experiência sobre o adoecimento bem como os saberes práticos advindo da experiência dos profissionais.

Os problemas gerados pelas novas conformações da produção de saúde podem ser traba-

lhados através dos mecanismos de democracia direta, que o SUS é a grande vanguarda desde a constituição de 1988, dentro dos serviços. Nessa situação, ao contrário do encontro clínico que entendemos ser necessariamente uma relação assimétrica, as distinções entre profissionais e usuários devem ser deixadas de lado em detrimento a investidura social de cidadão que todos compartilham. Uma gestão mais próxima e mais democrática parece ser o caminho mais adequado para se enfrentar a violência gerada pela burocracia e pelas rotinas de trabalho.

Por fim, gostaríamos de reafirmar a importância dos aportes filosóficos que têm na Saúde Coletiva um lugar privilegiado dentro da grande área da Saúde. As distinções conceituais e as diferentes visões que os aportes filosóficos trazem sobre os fenômenos sociais são uma aposta muito interessante para se enriquecer o debate e propiciar um terreno fértil para novas propostas na área de Saúde. As reflexões de Hannah Arendt, nesse sentido, nos parecem pertinentes e que muito podem contribuir nos debates da Saúde Coletiva.

Colaboradores

Os autores YN Azeredo e LB Schraiber participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Este artigo contou com apoio CNPq.

Referências

1. Azeredo YN. *Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
2. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saude Publica* 2006; 22(3):553-559.
3. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2):419-427.
4. Richard F, Filali H, Lardi M, De Brouwere V. Accouchement à l'hôpital au Maroc ou comment concilier des logiques différentes. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2003; 51(1):39-54.
5. Nogueira MI. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: MS; 2000.
7. Aguiar JM, d'Oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(36):79-91.
8. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359(11):1681-1685.
9. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma "nova" saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.
10. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
11. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
12. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004; 13(3):391-400.
13. Padilha MICS, Maia AR, Vieira M, Machado C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2004; 57(6):724-728.
14. Bispo CDB, Souza VLC. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. *Revista Baiana de Enfermagem* 2007; 21(1):19-30.
15. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.* 2008; 17(3):138-151.
16. Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2005; 58(5):573-579.
17. Fontes KB, Pelloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2011; 32(4):815-822.
18. Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso de gestores e trabalhadores de atenção básica em saúde. *Physis* 2009; 19(4):1087-1109.
19. Benevides R, Passos E. Humanização da saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):389-406.
20. Carnot E. *Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
21. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):7-14.
22. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2014; 13(3):30-35.
23. Gallian DMC. A (re)humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica* 2000; 33(2):5-8.
24. Gomes RM. *Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
25. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4541-4548.
26. Rios IC, Schraiber LB. *Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea*. São Paulo: Unesp; 2012.
27. Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec; 2008.
28. Dilthey W. *Introduction to the Human Sciences*. New Jersey: Princeton University Press; 1989.
29. Gadamer HG. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes; 1997.
30. Guizardi FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis* 2012; 22(2):423-440.
31. Stelet BP. *Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em Medicina* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
32. Azeredo YN, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva (Lanús)*. 2016; 12(1):9-21.
33. Gomes AMA, Nations MK, Sampaio JJC, Alves MSCF. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização em saúde. *Revista APS* 2011; 14(4):435-446.
34. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books; 1982.
35. Arendt H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva; 2011.
36. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
37. Freidson E. *Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP; 2009.
38. Arendt H. Responsabilidade pessoal sob a ditadura. In: Arendt H. *Responsabilidade e Julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras; 2004. p. 79-111

39. Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.
40. Furlan MM, Ribeiro CRO. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Revista Escola de Enfermagem USP* 2011; 45(2):390-396.
41. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):549-560.

Artigo apresentado em 05/01/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 12/06/2017