

ALTERIDADE: PONTO DE PARTIDA DA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE?

OTHERNESS: STARTING POINT IN HEALTH CARE HUMANIZATION?

ALTERIDAD: ¿PUNTO DE PARTIDA DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD?

Débora Vieira de Almeida¹

O objetivo deste estudo é refletir sobre a alteridade e a humanização dos cuidados em saúde, permitindo ampliar a compreensão sobre o modo de cuidar do outro que solicita cuidados de saúde, respeitando sua autonomia, liberdade, individualidade e, acima de tudo, responsabilizando-se por ele. Trata-se de uma argumentação conceitual. Expõe-se o conceito de alteridade, segundo Descartes, Sartre, Buber e Lévinas; apresenta-se um breve histórico da humanização na saúde e, por fim, articula-se a humanização com os conceitos de alteridade. Enquanto a alteridade, para Descartes, limita-se ao conteúdo do pensamento, para Sartre é o não eu. Buber apresenta a alteridade como conteúdo afirmativo, mas é com Lévinas que assume o *status* de alteridade absoluta. A humanização dos cuidados em saúde destaca o aspecto relacional dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, evidenciando a singularidade de cada um. A relação humana proposta por Lévinas atribui caráter humano pleno ao eu e ao outro. Considerando que esta relação fundamenta os cuidados em saúde, a humanização seria sua essência e não seu qualificador. Assim, a alteridade absoluta apresenta-se como uma possibilidade para a concretização de ações humanas no contexto da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência. Ética. Relações interpessoais. Assistência centrada no paciente.

The objective of this study is to discuss about otherness and humanization of health care, allowing a broader understanding on how to care for others seeking health care, respecting their autonomy, freedom, individuality and above all, being responsible for them. The concept of otherness is presented through Descartes, Sartre, Buber and Lévinas. Moreover, a short historic on humanization in health articulated with otherness within humanization is presented. Whilst otherness for Descartes is limited by the content of thought, for Sartre is the no-I that matters; otherness for Buber presents an affirmative content. However, Lévinas acquires the absolute otherness status. The humanization of health care highlights the relational aspect of the subjects involved in health care showing each one's singularity. The human relation proposed by Lévinas assigns a full human character to the I and to the other. Considering that this relationship fundament health care humanization would be its essence and not what qualifies it. Thus, absolute otherness presents itself as a possibility for the achievement of human actions in the health context.

KEY WORDS: Humanization of assistance. Ethics. Interpersonal relations. Patient-Centered care.

El objetivo de este estudio es reflexionar sobre la alteridad y la humanización de los cuidados en salud, ampliando la comprensión sobre la forma de cuidar del otro que busca cuidados en salud, respetando su autonomía, libertad, individualidad y, sobre todo, responsabilizándose por él. Se trata de una argumentación conceptual. Se expone el concepto de alteridad, de acuerdo con Descartes, Sartre, Buber y Lévinas; se presenta un resumen histórico de la humanización en salud y, finalmente, se articula la humanización con los conceptos de alteridad. Mientras que para Descartes, la alteridad se limita al contenido del pensamiento, para Sarte es el no yo. Buber la presenta

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. deboravalmeida@gmail.com

como contenido afirmativo, pero es con Lévinas que asume el status de alteridad absoluta. La humanización de los cuidados en salud destaca el aspecto relacional de los sujetos involucrados en el proceso de cuidar, evidenciando la singularidad de cada uno de ellos. La relación humana propuesta por Lévinas atribuye carácter humano pleno al yo y al otro. Considerando que esta relación fundamenta los cuidados en salud, la humanización sería su esencia y no su calificador. De este modo, la alteridad absoluta se presenta como una posibilidad para la concreción de acciones humanas en el contexto de la salud.

PALABRAS CLAVE: Humanización de la atención. Ética. Relaciones interpersonales. Atención dirigida al paciente.

INTRODUÇÃO

O termo humanização na área da saúde é de uso frequente e apresenta-se de modo polissêmico. Parece ser consenso que sua essência é a qualificação das relações interpessoais, especialmente aquelas em que os sujeitos assumem os papéis sociais de profissionais da saúde no cuidado de paciente/usuário/doente/pessoa. É fato que ambos são sujeitos. A diferença entre eles é a singularidade. Quando se trata do papel social, a diferença fundamental entre esses dois sujeitos reside no fato de um, no momento, necessitar de cuidados e o outro disponibilizar seus conhecimentos e habilidades profissionais e humanas em direção à demanda do primeiro (ALMEIDA, 2012).

A indiferenciação entre sujeito singular e sujeito social no ato de cuidar pode conduzir a uma relação em que o papel social destaca-se e a pessoa cuidada pode ser reduzida a um objeto. Na relação terapêutica baseada prioritariamente nos papéis sociais, os comportamentos são automatizados e as atitudes são verticalizadas, dificultando a expressão singular dos sujeitos, o que seria essencial para uma assistência humanizada.

Os papéis sociais surgem com base em sistemas consuetudinários, permitindo que os membros de uma sociedade desenvolvam certos atos de maneira automática, possibilitando sua concentração em novos projetos e ideias. Ao desenvolver ações pertinentes aos papéis assumidos, os profissionais não precisam mostrar-se como sujeitos, reforçando apenas o aspecto tecnicista inerente aos papéis. Dessa forma, as relações sociais vão deixando, progressivamente, de ser elementos qualitativos e tornam-se apenas quantitativos (HELLER, 2008).

Para se compreender a complexidade da relação sujeito-papel social é necessário explicitar a dimensão humana dos sujeitos, especialmente se forem considerados pessoas, como seres universais hábeis, competentes no sentido moral, físico e jurídico (LALANDE, 1999). Afirmar que as relações humanizadas na saúde acontecem no encontro entre duas pessoas é ampliar o olhar para os sujeitos envolvidos no processo do cuidar, especialmente em relação àquele que necessita de cuidados, pois não será limitado ao seu corpo biológico, o que parece ser o pressuposto da humanização. Por outro lado, surge uma dificuldade: Quem é este outro? Quais são suas dimensões? Como estabelecer uma relação humanizada com ele? Ter clareza sobre como e onde situa-se o outro e quais as suas dimensões poderá direcionar as ações terapêuticas humanizadas junto à pessoa que precisa de ajuda.

Considerando que outro e alteridade são sinônimos (HOUAISS, 2001), o objetivo deste estudo é refletir sobre a alteridade e a humanização dos cuidados em saúde, permitindo ampliar a compreensão sobre o modo de cuidar do outro que solicita cuidados de saúde, respeitando sua autonomia, liberdade, individualidade e, acima de tudo, responsabilizando-se por ele.

Primeiramente, conceitua-se alteridade com base em filósofos como Buber (2008), Descartes (2006), Lévinas (1972, 1979, 2003 e 2008) e Sartre (2008). Em seguida, apresenta-se uma breve exposição histórica do conceito de humanização e, por fim, articula-se a alteridade com a humanização dos cuidados em saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma argumentação conceitual sobre a alteridade e a humanização dos cuidados em saúde sustentada em leituras de textos filosóficos, que exigiu compreensões e interpretações, as quais poderiam suscitar questionamentos sobre a garantia de lealdade dessas atividades intelectuais com as ideias dos autores.

Enquanto as ciências da natureza apresentam métodos de análise científica que são aplicados aos objetos para depois serem interpretados, as obras textuais “[...] apelam para modos de compreensão mais sutis e compreensíveis” (PALMER, 1989, p. 19). Assim, de acordo com o autor citado, a hermenêutica surge como subsídio para a tarefa de compreender e interpretar textos. A hermenêutica textual começa com a experiência da leitura, já que todo texto tem como referência a interpretação de um leitor. A despeito de permitir uma leitura meramente psicológica do texto, esse argumento apresenta uma objetividade que se produz no conjunto de características: “1) a fixação da significação; 2) a sua dissociação da intenção mental do autor; 3) o desenvolvimento de referências não ostensivas; e 4) o leque universal dos seus destinatários.” (RICOEUR, 1989, p. 200).

Dessa objetividade do texto deriva a explicação, o que determina uma interpretação ser mais provável que outra (RICOEUR, 1976). Essa unilateralidade do texto retira o ato explicativo e interpretativo de um estatuto puramente subjetivo, arbitrário e psicológico, sem esquecer-se que a explicação e a interpretação são realizadas por um leitor: “No ato de ler está implicada uma modalidade específica de unilateralidade. Esta unilateralidade confirma o caráter conjectural da interpretação.” (RICOEUR, 1989, p. 202).

Conscientes de que os textos apresentam uma objetividade e um sentido que conduzem a uma interpretação e não a outra, realizaram-se as leituras dos textos filosóficos nos quais este estudo fundamenta-se.

ALTERIDADE

Alteridade é a condição do que é outro (HOUAISS, 2001). O questionamento que se segue é: “o que/quem é o outro?” A dificuldade fundamental e essencial é afirmar o que seja a alteridade em termos que não se restrinjam ao pronome indefinido *outro*. Eis o mistério do outro, aquele com o qual o eu não se confronta, mas que impõe o seu caráter de outro, de absolutamente outro, “[...] o acontecimento da alteridade” (LÉVINAS, 2005, p. 186).

René Descartes (1596-1650), ao afirmar “penso, logo existo”, expõe a existência como certeza dada pelo pensamento. O outro observado tem significação de acordo com o pensamento e a representação do observador. Tudo é produto do pensamento do eu, inclusive o outro. O intuito de Descartes não é a relação com o outro, mas a possibilidade do conhecimento do mundo e das coisas. Neste sentido, seu ponto de partida é epistemológico. A relação com o outro está presente e, para chegar ao outro, Descartes isola-se no eu que duvida do que conhece. É um eu no casulo (DESCARTES, 2006).

Jean-Paul Sartre (1905-1980), fenomenólogo existencial, concebe o outro como “O eu que *não sou eu*” (SARTRE, 2008, p. 300, grifo do autor). Logo, o outro apresenta um caráter de negação. Diferentemente de Descartes, que concebe o homem como um ser solitário, Sartre (2008) afirma que o homem é um ser em relação, tem um corpo mergulhado no mundo. No encontro com os outros é que se constrói a identidade do eu – uma vez que o outro identifica e julga o eu. Apesar de o homem sartriano construir a sua identidade nas relações com os outros, estabelece solitariamente o sentido da sua existência. A direção que atribui a sua vida é dada pela sua consciência. Exerce a sua liberdade, escolhendo cada um dos seus passos. Esta liberdade é um sofrimento infundável para o eu, pois precisa escolher e lutar para atingir o que foi escolhido, lidando com a finitude e com os obstáculos advindos da relação com o outro.

Martin Buber (1878-1965) reconhece a existência do outro na sua relação com o eu.

Esta relação acontece de dois modos: eu-isto (relação do homem com as coisas, de objetivação, ou seja, o outro está inserido na linguagem do eu como um objeto) e eu-tu (relação entre as pessoas). Dessa forma, enquanto o eu-tu evidencia a condição humana, o eu-isto a nega. Diferentemente de Sartre, que destaca o caráter negativo do outro (não eu), Buber (2008) reconhece o outro enquanto pessoa, como aquele que se afirma em si.

Emmanuel Lévinas (1906-1995), considerado por muitos estudiosos como fenomenólogo, a princípio parece conceber a alteridade de maneira próxima a Buber, pois afirma que o outro apresenta-se ao eu com um conteúdo afirmativo (não é uma negação do eu) que jamais é atingível pelo intelecto. Para Lévinas (1979, 2003, 2005, 2008), o outro apresenta-se como alteridade absoluta, pleno de conteúdo, mas diferentemente de outros pensadores, este conteúdo pleno jamais poderá ser desvelado.

Conceber o outro ser como aquele que se afirma em si (BUBER, 2008) não seria considerá-lo com um conteúdo pleno? Em certo sentido sim, porém, na relação eu-tu descrita por Buber (2008), o eu e o tu encontram-se no mesmo plano (há uma simetria), ao passo que na relação eu-outro levinasiana há uma assimetria.

Em entrevista concedida a Poirié (2007, p. 117), Lévinas comenta a relação eu-tu de Buber e a relação eu-outro de sua filosofia: “A principal coisa que nos separa é o que eu chamo de assimetria da relação Eu-Tu.” É a assimetria da relação eu-outro que atribui o caráter absoluto à alteridade, uma vez que permite que o eu e o outro relacionem-se de modo que o outro permaneça incognoscível pela sua infinitude e não por incapacidade de alcance do conhecimento humano.

A importância desta assimetria quando se menciona o outro é a impossibilidade de o outro transformar-se em um objeto. A despeito de Buber (2008) diferenciar a relação do homem com as coisas (eu-isto) e dos homens (eu-tu), o fato do eu e do tu estabelecerem uma relação simétrica possibilitaria que o tu fosse conhecido pelo eu, deixando de ser aquele que se afirma em si e transforma-se em um objeto que se

entrega ao conhecimento de um eu: “Conhecer o Outro é tematizá-lo, é reduzi-lo a conceito e isto implica necessariamente apossar-se dele, suprimir o que o distingue, negar a sua independência.” (BRITO, 2002, p. 55). Por estarem em planos diferentes, por mais que o eu se esforce para tentar compreender/tematizar outrem, este transcende o eu. O eu pode estar determinado a conhecer o outro, mas será surpreendido pelo inatingível que é o outro. Assim, a assimetria da relação eu-outro impede que o outro transforme-se em um objeto e afirma de modo radical a humanidade do outro.

De acordo com Lévinas (2008), a assimetria presente na relação eu-outro acontece pelo fato de o outro apresentar-se ao eu como rosto, como uma realidade que está além do eu, uma transcendência inalcançável, autossignificância por excelência, pois não é um símbolo que se remete a algo, apresenta-se na sua nudez: “O rosto está presente na sua recusa de ser conteúdo [...] Não poderá ser compreendido, isto é, englobado, nem visto, nem tocado porque na sensação visual ou tátil, a identidade do eu implica a alteridade do objeto que precisamente se torna conteúdo.” (LÉVINAS, 2008, p. 188).

O rosto transcende a forma plástica pela qual ele se apresenta ao eu porque nele há o vestígio do infinito. Este vestígio não é o resíduo da sua presença (senão seria possível desvelá-lo), mas o rastro de algo que nunca esteve lá (BRITO, 2002). A transcendência infinita que é o outro instaura uma relação eu-outro diferente daquela que se sustenta no conhecimento, mas que o possibilita, instaura uma relação concreta, aquela em que o eu e o outro estão efetivamente em relação, não obstante a separação absoluta entre eles: “[...] contato através de uma distância, relação com o que não se toca.” (LÉVINAS, 2008, p. 166). Isso é linguagem, relação-separação (BRITO, 2002).

É na relação eu-outro que o infinito deixa o seu vestígio no rosto do outro, estabelecendo uma relação assimétrica e colocando o outro em uma posição de altura em relação ao eu. Isto exige do eu uma “[...] responsabilidade da qual não pode escapar” (BRITO, 2002, p. 140). Ser eu é ser responsável: “Não sou sem

responsabilidade.” (LÉVINAS, 2005, p. 168). Ao ser responsável por outrem o eu singulariza-se e torna-se um eu humano.

Ao surgir como rosto, o outro apresenta-se com um desnivelamento metafísico, impedindo que o eu entenda a sua miséria (miséria de conceitos, por exemplo, uma vez que o eu não consegue atribuir conceitos que contemplem o outro). Apesar de não poder entendê-la, este eu vê-se responsável por ela. Neste momento, sente-se o escolhido para responder a este outro e a todos os outros justamente.

A responsabilidade, para Lévinas (2003), não surge de uma obrigação do eu, nem de uma qualidade sua; ser responsável pelo outro “é uma eleição”. O fato de o eu ser escolhido por outrem mostra que a responsabilidade não é um compromisso assumido livremente por este eu, mas uma responsabilidade que antecede a sua liberdade.

Uma responsabilidade que não é resultado de um compromisso prévio não significa que a resposta do eu tenha menos mérito que uma responsabilidade escolhida, pois uma responsabilidade que não é assumida torna-se infinita e indeclinável, isto é a humanidade do homem: “Este modo de responder sem compromisso prévio – responsabilidade por outrem – é a própria fraternidade humana anterior à liberdade.”² (LÉVINAS, 2003, p. 185, tradução nossa).

Nesse mundo heterogêneo em que se encontram o eu e o(s) outro(s), a igualdade justifica-se como a forma de não deixar as diferenças tornarem-se injustiças:

[...] numa sociedade em que não existe distinção entre próximos e distantes, mas na que permanece a impossibilidade de passar de longe ao lado do mais próximo; onde a igualdade de todos está sustentada por minha desigualdade, pelo excesso de meus deveres sobre meus direitos. Esquecer de si move a justiça. (LÉVINAS, 2003, p. 239-240, tradução nossa).³

Enfim, partiu-se de uma alteridade que está no pensamento de um eu (Descartes), passou-se para a alteridade que é uma negação do eu, um

não eu (Sartre). Desta para uma alteridade que se afirma em si como pessoa (Buber) e chegou-se à alteridade absoluta que de tão outra exige que o eu se responsabilize por ela, uma responsabilidade infinita da qual o eu não consegue esquivar-se (Lévinas).

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Humanização é definida como o ato ou efeito de humanizar(-se), de tornar(-se) benévolo ou mais sociável (HOUAISS, 2001). Não seria redundante afirmar “humanizar o humano”? Humano e não humano são opostos, não há dúvida. Humanizar o homem exige uma reflexão sobre a humanidade do homem, o que inclui o ser humano além da dimensão biológica; inclui desenvolver qualidades propriamente humanas (LALANDE, 1999). Dessa forma, o agir humano não se limitaria ao fato de ser um ser da espécie humana, senão a articulação dos seus valores pessoais e coletivos, conhecimentos e escolhas concretizando-se em um dado momento, perante um outro. Se apenas o ser humano pode tornar-se humano, uma vez que não basta ser da espécie humana para realizar ações humanas, é certo que apenas o ser humano pode ser desumano.

O termo humanização tem sido frequente na área da saúde, seja na assistência, na formação dos profissionais, nas divulgações científicas ou nas políticas públicas brasileiras. Questionam-se o modismo da humanização (BENEVIDES; PASSOS, 2005) ou o conceito de ocasião, utilizado para nomear uma característica óbvia do cuidado (DESLANDES, 2006).

A descrição do conjunto de fatores relacionados à humanização ou à desumanização do cuidado em saúde está presente desde meados de 1950 (CASATE; CORRÊA, 2005). Em 1972, em São Francisco (USA), ocorreu um simpósio americano intitulado *Humanizando o Cuidado em Saúde*. Reuniu diversas personalidades históricas da sociologia médica norte-americana. Um dos esforços desse encontro e da posterior publicação, em 1975, foi de conceituar, ou pelo menos identificar, o que seria a humanização ou desumanização do

² “Este modo de responder sin compromiso previo – responsabilidad para con el otro – es la propia fraternidad humana anterior a la libertad.”

³ “[...] en una sociedad en la que no existe distinción entre próximos y lejanos, pero en la que permanece la imposibilidad de pasar de largo al lado del más próximo; donde la igualdad de todos está sostenida por mi desigualdad, por el exceso de mis deberes sobre mis derechos. El olvido de sí mueve la justicia.”

cuidado em saúde. Nesse simpósio, já se discutiam estratégias para a (des)humanização dos cuidados relacionados à relação profissional da saúde e paciente, a formação do profissional da saúde, comunicação e acesso à informação no processo terapêutico, as relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões, fatores psicológicos e subjetivos envolvidos (HOWARD, 1975).

A primeira aproximação com os termos humanização e desumanização baseou-se na premissa de que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas e as atitudes orientadas a satisfazê-las seriam consideradas humanizadas, enquanto as desumanizantes as ignorariam. Reconhecer apenas as necessidades biológicas e fisiológicas seria insuficiente para atingir o ser humano completamente. Então, propôs-se incluir as necessidades psicológicas que contemplam a expressão e o respeito consigo mesmo, o afeto, a simpatia e o relacionamento social (HOWARD, 1975). Humanizar a assistência, nesta concepção, seria atender completamente as necessidades de um ser humano, o que pressupõe ser possível acessá-lo completamente. Esta autora reconhece que não é possível considerar um ser humano universal, pois os valores são individuais e culturais e, portanto, torna-se difícil avaliar a presença ou a ausência da humanização dos cuidados. A despeito dessas singularidades, a autora enfatiza que qualquer contexto de cuidado envolve, no mínimo, duas pessoas. Se o cuidado envolve duas pessoas é a intersubjetividade viva do momento assistencial que efetiva o espaço relacional (AYRES, 2000). Com isso, pode-se afirmar que o campo dos cuidados em saúde é inter-relacional.

O termo *humanização* tem sido utilizado nas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, se reconhecem os direitos do paciente (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008) – a pessoa que recebe os cuidados está identificada, de acordo com a opção do autor citado –, respeita-se a sua individualidade (TEIXEIRA; CHANES, 2003), a sua dignidade (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008), a sua autonomia e a sua subjetividade

(CAPRARA, 2003), sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (CASATE; CORRÊA, 2005).

Estes estudos evidenciam a preocupação dos autores em garantir a cidadania dos pacientes e, ao mesmo tempo, o respeito às suas idiossincrasias, isto é, a sintonia dos direitos coletivos e individuais dos sujeitos em toda relação de cuidado. Os termos paciente e profissional remetem a papéis sociais, entretanto, os humanistas fazem uso de termos que se reportam a um sujeito singular, como individualidade, autonomia e subjetividade.

A despeito dessa aparente indiferenciação entre os dois tipos de sujeitos, parece ser consensual entre os estudiosos deste tema que, mesmo quando o assunto é humanização, a questão central é a relação entre o profissional da saúde e o paciente. Com isso, a assistência humanizada é caracterizada como aquela que é personalizada. Vale destacar que aqui ocorre um paradoxo. Ao mesmo tempo em que os autores referem-se às pessoas envolvidas no cuidado por meio de papéis sociais (profissionais da saúde e paciente), o que em maior ou menor grau implica em estereótipos, caracterizam a relação humanizada como desprovida de papéis sociais (sujeito) e personalizada. Este paradoxo pode ser superado ao se considerar que os sujeitos individuais envolvidos no processo do cuidar assumem papéis sociais ao se relacionarem com o outro no contexto assistencial. O que está em questão aqui é a relação do sujeito com o seu papel social, pois uma relação em que o sujeito identifica-se plenamente com o seu papel social, produzirá atos estereotipados do papel social vivido. Entretanto, quando assume um papel social como profissional da saúde, mantendo-se na condição de um sujeito singular, realizará as atitudes inerentes ao papel, expressando a sua subjetividade na relação com o outro.

No plano acadêmico, diversos estudos que abordam a temática da humanização visam, essencialmente, identificar a produção científica sobre a humanização (CASATE; CORRÊA, 2005; KIKUTI; TURRINI, 2005), proporcionar espaços de reflexão por parte dos alunos sobre o cuidado humanizado

(MOTTA, 2004), conhecer a opinião ou o significado que os profissionais da saúde dão ao termo humanização (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009), compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado na saúde (SILVA; SENA, 2006), compreender as vivências dos alunos de graduação na situação de estágio hospitalar, refletindo sobre o processo de formação com ênfase na dimensão humana (CASATE; CORRÊA, 2006), conhecer as situações práticas que favorecem ou dificultam o aprendizado da humanização (LIMA et al., 2007), além de investigar os conteúdos sugestivos do ensino da humanização nos programas das disciplinas que compõem a estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem (ALMEIDA; CHAVES, 2009).

No plano das políticas públicas de saúde do Brasil, várias ações têm incentivado a humanização da atenção: o Ministério da Saúde implantou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000); em 2004, ampliou o alcance da humanização ao instituir a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a). Neste último documento é ressaltada a importância de incluir os princípios dessa política tanto na formação dos profissionais quanto na gestão e na organização do trabalho na saúde, sendo seus princípios baseados na autonomia, na responsabilidade compartilhada e na solidariedade no estabelecimento dos vínculos entre os sujeitos, além da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004b).

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DECORRENTE DA ALTERIDADE

Descartes (2006) expôs a alteridade concebida com base no isolamento de um eu; uma alteridade que antes de ser outro é um eu solitário que se questiona sobre a possibilidade do conhecimento. O outro não seria dominado pelo pensamento de um eu, mas originário do próprio pensamento do eu que vive na solidão.

Sartre (2008) apresenta o eu na relação com o outro, mas o outro nada mais seria que a negação do eu (não eu), abrindo espaço para, pelo menos, duas possibilidades: conhecer ou não

totalmente o outro. As nuances entre estes dois polos residiria no nível de conhecimento que a subjetividade (eu) tem sobre si, estando o grau de conhecimento que teria do outro vinculado à capacidade do eu para conhecer o outro. A liberdade e a responsabilidade do eu também se remetem à relação eu-não eu. O outro seria um limite à liberdade do eu e a responsabilidade pelo outro poderia ou não ser assumida pelo eu, evidenciando a hierarquia da liberdade em relação à responsabilidade. Poderia ser considerada absolutamente humana uma relação em que o eu se importa com o outro quando ele escolhe preocupar-se?

Buber (2008) apresenta um outro que se afirma em si, aquele que tem um conteúdo positivo por ele mesmo, não dependendo do conhecimento do eu sobre si. Por outro lado, este outro descrito pelo autor poderia ser totalmente conhecido pelo eu, pois a relação eu-tu se dá em um plano simétrico, abrindo espaço para relações de dominação e de disputa. Dominações, porque as relações simétricas permitem que o eu aja e exija a recíproca do outro, o que implica certa posse do tu, já que, para cobrá-lo sobre aquilo que poderá oferecer ao eu, este precisará apreendê-lo de alguma maneira (o eu precisará saber o que o outro lhe pode oferecer para cobrar-lhe), o que implica na perda do caráter absoluto da alteridade. As disputas ocorrem porque, na simetria da relação eu-tu, não há (de maneira evidente, pelo menos) uma hierarquia entre responsabilidade e liberdade. Logo, qual é o limite da liberdade do eu? Infinita? E do outro? A liberdade do eu vai até onde começa a do outro? Mas onde começa a liberdade do outro? Como não existe um limite preestabelecido, este pode ser determinado pelos conflitos. Seria humana uma relação em que há espaço para guerras e disputas? Se apenas os homens fazem guerras, estas seriam humanas, tendo em vista que as guerras privilegiam as qualidades estritamente humanas ou o lado desumano do humano?

Lévinas (1972) apresenta um outro absoluto, um outro que jamais se torna conteúdo pensado. Apresenta uma alteridade que se impõe por se apresentar em um plano de altura em relação ao

eu. Essa é a diferença fundamental da filosofia levinasiana em relação aos filósofos acima analisados na questão da humanização. Para esse autor, uma alteridade que se impõe não depende em nada do eu; ela se afirma em si. É um outro completo de conteúdo, mas de um conteúdo que não consegue ser transformado em palavras e nem representado. É como se o outro, não obstante a sua completude, tivesse uma falta imensa (falta de conceitos): “A humildade une-se à altura”⁴ (LÉVINAS, 1972, p. 49, tradução nossa).

A alteridade, impondo-se desde um outro plano, desperta o eu para a sua responsabilidade; desperta-o para o que há de humano em si, para a fraternidade antes de qualquer decisão. O eu, antes de ser livre, é responsável, ou seja, é para o outro, “[...] a bondade original da criação”⁵ (LÉVINAS, 2003, p. 193, tradução nossa), a estrutura do sujeito humano.

A hierarquia entre responsabilidade e liberdade acaba produzindo relações em que o eu deverá escolher. Entretanto, suas escolhas deverão sempre considerar o contexto onde existem outras pessoas. Trata-se, portanto, de uma liberdade situada, concreta e não uma liberdade infinita. Como a subjetividade, o ser humano caracteriza-se como um ser responsável pelo outro; as ações do eu precisam considerar não apenas os seus ideais ou preferências, mas deverão privilegiar as preferências do outro. Nesta relação, parece haver espaço para que as qualidades humanas presentifiquem-se de modo radical ou, ainda, parece não haver espaço para o desumano do humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a alteridade passa do conteúdo de um pensamento na solidão (Descartes), para uma negação do eu (Sartre), atingindo um conteúdo afirmativo (Buber); ganhando *status* de alteridade absoluta: o outro (Lévinas). Lévinas fala de uma alteridade absoluta como algo que não pode deixar de ser, o que remete a um cuidado

cujo conteúdo é inerente à humanização. A humanização dos cuidados em saúde destaca o aspecto relacional dos profissionais da saúde com os pacientes/usuários, evidenciando a singularidade dos sujeitos. A filosofia levinasiana apresenta um outro que não é um conceito, é rosto. Aquele que é inatingível pelos conceitos e que se afirma na sua humanidade de outro. Este outro que é inatingível pelo conhecimento atinge o eu de tal modo que ele não fica indiferente.

O eu solitário, que poderia crer que tudo seria dominado pelo seu conhecimento, percebe-se capturado por algo que não consegue dizer o que seja, mas que dele exige responsabilidade. Uma responsabilidade indeclinável, a responsabilidade de um ser humano. Um eu que já não está sozinho no mundo e, portanto, não pode mais decidir livremente quais ações exercer. O seu poder de decisão permanece, mas jamais se esquece de que está em um mundo onde existem o outro e os outros pelos quais é responsável.

Com esse humanismo que vem do outro homem, a relação humana proposta por Lévinas privilegia a alteridade do próximo, o que é de fundamental importância para a área da saúde, cuja finalidade é cuidar de um outro concreto. A relação humana levinasiana atribui ao eu e ao outro um caráter humano pleno. O eu enquanto responsável por outrem e o outro enquanto o absolutamente outro que ensina ao eu sobre o limite dos seus poderes.

Com a relação humana levinasiana orientando os cuidados em saúde, a humanização seria uma característica essencial e não seu qualificador (cuidado humanizado). Dessa forma, a alteridade absoluta apoiada no rosto apresenta-se como possibilidade plausível para o ponto de partida da humanização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Débora V. *Humanização dos cuidados em saúde: uma proposta conceitual*. Goiânia: AB Editora, 2012.

ALMEIDA, Débora V.; CHAVES, Eliane C. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. *Einstein*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 271-278, 2009.

⁴ “L`humilité s`unit à la hauteur.”

⁵ “[...] la bondad original de la creación.”

- AYRES, José R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface*, Botucatu (SP), v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional da Assistência Hospitalar* 2000. Brasília, 2000.
- _____. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* 2004. Brasília, 2004a.
- _____. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* 2004. Brasília, 2004b.
- BRITO, José H.S. *De Atenas a Jerusalém: a subjetividade passiva em Lévinas*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2002.
- BUBER, Martin. *Eu e tu*. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2008.
- CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- CASATE, Juliana C.; CORRÊA, Adriana, K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm*, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.105-111, 2005.
- _____. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, 2006.
- CORBANI, Nilza M.S.; BRÊTAS, Ana C.P.; MATHEUS, Maria C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.
- DESCARTES, René. *Discurso sobre o método*. São Paulo: Edipro, 2006.
- 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*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.
- HELLER, Agnes. Sobre os papéis sociais. In: _____. *O cotidiano e a história*. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 115-143.
- HOUAISS, Antonio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- HOWARD, Jan. Humanization and desumanization of health care: a concept view. In: HOWARD, Jan; STRAUSS, Anselm (Ed.). *Humanizing health care*. New York: John Wiley & Sons, 1975. p. 57-102.
- KIKUTI, Eliane S.; TURRINI, Ruth N.T. Humanização do cuidado em centro cirúrgico: revisão da literatura latino-americana 1990-2000. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 19, n. 1,2,3, p. 21-29, 2005.
- LALANDE, André. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LÉVINAS, Emmanuel. *Le temps et l'autre*. Paris: Fata Morgana, 1979.
- _____. *Totalidade e infinito*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- _____. *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. 4. ed. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2003.
- _____. *Humanisme de l'autre homme*. Montpellier: Fata Morgana, 1972.
- _____. O tempo e o outro. *Rev. Phainomenon.*, Lisboa, n. 11, p. 149-190, 2005.
- LIMA, Juliana O.R. et al. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Brasília, v. 6, n. 1, p. 11-20, 2007.
- MOTTA, Maria G. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 758-760, 2004.
- PALMER, Richard E. Sobre a definição, âmbito e significação da hermenêutica. In: _____. *Hermenêutica*. Lisboa: Edições 70, 1989. p. 13-79.
- POIRIÉ, François. *Emmanuel Lévinas: ensaios e entrevistas*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- RICOEUR, Paul. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 1976.
- _____. Da hermenêutica dos textos à hermenêutica da ação. In: _____. *Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II*. Porto: Rés, 1989. p. 139-275.
- SARTRE, Jean P. *O ser e o nada*. 16. ed. São Paulo: Vozes, 2008.
- SILVA, Roberto C.L.; PORTO, Isaura S.; FIGUEIREDO, Nébia M.A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Esc. Anna Nery Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 156-159, 2008.
- SILVA, Kênia L.; SENA, Roseni R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-491, 2006.
- TEIXEIRA, Giane G.; CHANES, Marcelo. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 270-273, 2003.

Submetido: 29/8/2012

Aceito: 11/3/2013