



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E MUSEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

ANA KATARINA DE BRITO

**Cuidado e humanização: a palhaçoterapia na formação dos estudantes de
saúde da UFPE**

Recife
2022

ANA KATARINA DE BRITO

**Cuidado e humanização: a palhaçoterapia na formação dos estudantes de
saúde da UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Antropologia da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestra em Antropologia.

Área de concentração: Antropologia

Orientador: Prof. Dr. Russell Parry Scott

Recife

2022

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

B862c Brito, Ana Katarina de.
Cuidado e humanização : a palhaçoterapia na formação dos estudantes de saúde da UFPE / Ana Katarina de Brito. – 2022.
116 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Russel Parry Scott.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Recife, 2022.
Inclui referências.

1. Antropologia. 2. Saúde – Formação profissional. 3. Palhaços. 4. Palhaçoterapia. 5. Integralidade. I. Scott, Russel Parry (Orientador). II. Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2022-109)

ANA KATARINA DE BRITO

**Cuidado e humanização: a palhaçoterapia na formação dos estudantes de
saúde da UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Antropologia da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestra em Antropologia.

Aprovada em: 18/02/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Russell Parry Scott (Presidente/ Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Claudia Rodrigues Da Silva (Examinadora Titular Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Marcia Reis Longhi (Examinadora Titular Externa)

Universidade Federal da Paraíba

Aos 622.000 amores perdidos para a COVID-19 no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as mulheres e a todas as pessoas das camadas populares que lutaram para terem acesso e espaço no mundo acadêmico; me fazendo acreditar que uma mulher pobre poderia chegar até aqui – e planejando muito mais!

Concluir esta dissertação foi, sem dúvidas, um grande desafio. Pela dificuldade inerente a este trabalho e acima de tudo por ter sido realizada durante a pandemia da COVID-19. Embora tenha tido mais tempo para finalizá-la, não foi um tempo fácil. Enfrentamos dias extremamente difíceis, agravados ainda mais pelo governo do Presidente Jair Bolsonaro que, como sempre, ignora a ciência, a humanidade e o bom senso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), essa pesquisa não teria sido possível sem o financiamento. As ciências, em especial as ciências humanas, têm sofrido ataques severos por parte do Governo Federal. Sua efetivação é garantida por meio de cortes orçamentários nas Universidades e órgãos vinculados ao ensino e pesquisa no país, como a CAPES e o CNPq. Além dos agradecimentos, reforço a importância de lutarmos por essas instituições.

À mainha, painho e meus irmãos agradeço pelo amor que transborda em nossa casa e por terem sido as melhores companhias durante quase dois anos de isolamento rigoroso. À minha mãe, Penha, pelo exemplo, por ser a pessoa mais bondosa que já conheci, por todo amor e cuidado. Ao meu pai, Severino, por me incentivar nas ciências sociais e por lembrar a todos, durante um protesto contra Bolsonaro antes das eleições presidenciais de 2018, que nem eu e nem minha irmã somos ou viemos de uma fraquejada. À Camila, minha irmã, pela parceria, amor e apoio constante e de todas as formas. Ao meu irmão, Táso, pelo amor, comidas gordurosas e pelo apoio.

Lembro que em uma das primeiras aulas do mestrado, na disciplina Família e Gênero, com o professor Scott, discutimos o quanto nossos animais faziam parte de nossas famílias. Por isso, não poderia deixar de agradecer à Branca, Zeus e Nemo. À minha gata, Branca, por nos ensinar todos os dias sobre resiliência: mesmo

enfrentando um câncer extremamente agressivo, nunca perdeu a pose, a moral e a beleza. Aos cachorros, Zeus e Nemo, por serem as melhores distrações e alegrias.

A Ricardo Bandeira, meu namorado, que com toda certeza é um dos maiores responsáveis por esta dissertação. Seja por ter sido um grande incentivador do mestrado em antropologia, seja por me ajudar em diversos trabalhos, ou ainda por ter acompanhado de perto (mesmo longe fisicamente) a escrita dessa dissertação. Sou muito grata por nos escolhermos num dia lindo de domingo e de luta pela cidade. Agradeço pelo companheirismo e pelo nosso amor. O sociólogo mais antropólogo que conheço. Obrigada! Estendo meus agradecimentos aos meus sogros Maria do Carmo e Maciel Bandeira de Melo pelo carinho.

Ao meu cunhado, Rafael Bandeira, e sua companheira, Conceição Natália, por sempre me receberem de braços abertos em Garanhuns. Pelo vasto amparo técnico, realizado com muito carinho.

Às minhas tias e tios, que são tantos e que cada um contribuiu, ao seu modo, na construção de quem sou. Nos nomes de Tia Gel e Tia Zita, agradeço à todas as tias e tios de minha família materna. Aos tios e tias paternos agradeço nos nomes de Tia Elza e Tio Antônio.

Agradeço às minhas primas e primos pelo carinho e pelas melhores histórias das famílias. Nos nomes de Eva e Clara, agradeço aos meus primos maternos. Aos paternos agradeço nos nomes de Del e de Ana Tereza, em memória. Às minhas madrinhas Rita e Luciene, e ao meu padrinho Leopoldo.

À Marli e Nem, cujo parentesco formal não existe, mas que fazem parte de nossa família. Pelo carinho e disponibilidade.

Ao Prof. Dr. Russell Parry Scott pela orientação tão afetuosa. Por ter compreendido o momento difícil para a pesquisa e escrita. Pelas conversas, trocas e exemplo de grande pesquisador. Agradeço por ter me orientado com muito respeito as minhas escolhas. Pela acolhida no FAGES e na pesquisa Etnografando Cuidado. Me sinto muito honrada por ter sido sua orientanda.

Agradeço aos integrantes do FAGES e, em especial, da equipe do Etnografando Cuidado, por me receberem tão bem e pelas valiosas trocas e

aprendizados: Raquel Lustosa, Silvana Sobreira, Thaiza Raiane, Jeíza Saraiva, Fernanda Meira, Diego Rodrigues, Ana Carla e Sthephane Araújo.

Às demais orientandas do professor Scott: Carol Albuquerque, Sthephane Araújo, Raquel Lustosa e Fernanda Meira, que durante a pandemia nos reunimos virtualmente com certa regularidade, foi um momento de ricas trocas e muito aprendizado.

À Professora Dra. Tânia Lago-Falcão, que me recebeu carinhosamente em sua casa quando ainda estava no comecinho do mestrado, para conversar sobre humanização na saúde. Foi uma tarde muito agradável e proveitosa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia, em especial à Ana Cláudia Rodrigues, Hugo Menezes e Marion Quadros, pela valiosa contribuição acadêmica e para além das salas de aula. Aos funcionários do PPGA: Ademilda e Makson, pelas gentilezas e por sempre resolverem nossos problemas.

Utilizando um termo do PERTO, agradeço aos Melhores Companheiros do Mundo: Carol, David, Luis, Thiago e Lucas. Sou muito grata pelo nosso encontro e por caminharmos juntos na vida acadêmica e pessoal. Por estarmos sempre disponíveis para chorar nossas pitangas do mestrado e para compartilharmos nossas alegrias.

À professora Dra. Conceição Lafayette, pelo seu carinho e por me apresentar à sociologia do cuidado. Pela sua gentileza e leveza. E por sua contribuição em minha formação.

A Thiago Santos, que compôs minha banca de monografia e plantou a sementinha da antropologia em minha cabeça. Pelas coincidências da vida, a primeira pessoa que encontrei no FAGES foi Luciana Lira, sua companheira. A quem agradeço pelas contribuições acadêmicas e pela agradável companhia durante III RAS em Natal.

Às professoras Marcia Longhi, Ana Cláudia Rodrigues e Luciana Lira pelas contribuições ao projeto desta pesquisa, durante a banca de qualificação e de defesa da dissertação.

À Amanda, Mariana, Ingride, Pedro, Allan, Hanna, Rogério, Ana Luíza e Thayná, por comprovarem a tese “do ensino médio para a vida”. Sou muito feliz por

caminharmos juntos, mesmo distantes. Obrigada pelas conversas aleatórias. O CODAI é massa!

À Ilka, minha amiga de infância, sou muito grata por acompanhar teu crescimento. Apenas enquanto escrevo esse agradecimento me dou conta de que não és mais minha vizinha, depois de mais de vinte anos. Obrigada pelo carinho e apoio.

À Larissa Santos, pelo carinho. À Nara Galvão pelas contribuições ao projeto de pesquisa desta dissertação, e carinho.

Aos integrantes do PERTO, aos médicos e enfermeiras que tornaram esta dissertação possível. À Gentileza pela sua contribuição.

A todos que passaram pela minha vida e que sem dúvida contribuíram de alguma forma para que eu chegasse aqui.

Obrigada!

RESUMO

O presente estudo busca compreender a formação de enfermeiros(as) e médicos(as) pela Universidade Federal de Pernambuco, no que tange ao cuidado e a humanização das práticas de saúde e os impactos da palhaçoterapia nesse processo, a partir das narrativas de estudantes e egressos desses dois cursos e que integraram o projeto de extensão universitária PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos). Para isso, foi analisada a lógica que norteia o campo da saúde, bem como a elaboração e implantação, avanços e desafios, do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste trabalho, portanto, valorizamos as interpretações dos alunos e recém-profissionais a respeito de categorias como humanização e cuidado, assim como referente as suas formações sobre esses aspectos. Os dados coletados nesta pesquisa demonstram uma série de dificuldades para se atingir a produção de saúde integral, sejam enfrentadas nos serviços de saúde ou nos ambientes de educação. Isso se apresenta por diversos fatores, como a fragmentação do corpo e valorização da doença, imperativos do *paradigma biomédico*; posições desiguais entre os profissionais e desses com os usuários; desvalorização das ciências humanas e sociais nas elaborações sobre saúde, dentre outras questões. Desse modo, esta dissertação pode contribuir para uma discussão ampliada das políticas públicas em saúde, como também sobre os currículos dos profissionais da área.

Palavras-chave: antropologia; humanização; cuidado; palhaçoterapia; integralidade; saúde.

ABSTRACT

The present study seeks to understand the training of nurses and doctors at the Federal University of Pernambuco, regarding the care and humanization of health practices and the impacts of clown therapy in this process, based on the narratives of students and graduates from those two courses and who integrated the PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos - Therapeutic Encounter and Laughter Project) university extension project. For such, the logic that guides the field of health was analyzed, as well as the elaboration and implementation, advances and challenges, of the SUS (Sistema Único de Saúde - Unified Health System). In this work, therefore, we value the interpretations of students and new professionals regarding categories such as humanization and care, as well as referring to their training on these aspects. The data collected in this research demonstrate a series of difficulties to achieve the production of integral health, whether faced in health services or in educational environments. This is presented by several factors such as the fragmentation of the body and the focus of attention on the disease, imperatives of the *biomedical paradigm*; unequal positions among professionals and between them and users; devaluation of the human and social sciences in elaborations on health, among other issues. In this way, this dissertation can contribute to an expanded discussion of public health policies, as well as the curricula of professionals in the area.

Keywords: anthropology; humanization; care; clown therapy; integrality; health.

LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição Federal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
PERTO	Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	HUMANIZASUS: O BIOMÉDICO, O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	20
2.1	O PARADIGMA BIOMÉDICO	20
2.2	O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	22
2.2.1	<i>A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) - HUMANIZASUS</i>	26
3	APRESENTANDO CENÁRIOS, ATORES E ATRIZES	34
3.1	PROJETANDO E REPROJETANDO A PESQUISA: MÉTODOS E TÉCNICAS	34
3.2	A PALHAÇOTERAPIA	43
3.2.1	<i>O PROJETO DE ENCONTRO E RISO TERAPÊUTICOS – PERTO</i>	47
4	VESTINDO A PELE DA INTEGRALIDADE: EMPATIA, CUIDADO E HUMANIZAÇÃO	56
4.1	EMPATIA	56
4.2	O CUIDADO EM SAÚDE	58
4.2.1	<i>CUIDADO E RECONHECIMENTO</i>	62
4.2.2	<i>O GÊNERO DO CUIDADO</i>	66
4.3	A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	69
4.3.1	<i>A PANDEMIA DA COVID-19 E O ATENDIMENTO HUMANIZADO</i>	76
4.4	A INTEGRALIDADE	82
5	O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE MÉDICOS(AS) E ENFERMEIROS(AS) DA UFPE	86
5.1	ESCOLHENDO O CURSO DE GRADUAÇÃO	86
5.1.1	<i>ESCOLHA POR ENFERMAGEM</i>	86
5.1.2	<i>A DECISÃO POR MEDICINA</i>	88
5.2	ANÁLISE SOBRE OS COMPONENTES CURRICULARES CURSADOS E A VIVÊNCIA DOS ESTUDANTES NA UNIVERSIDADE	90

5.2.1	<i>DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE MEDICINA</i>	90
5.2.2	<i>DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE ENFERMAGEM</i>	92
5.2.3	<i>PERFIL CURRICULAR DE MEDICINA E ENFERMAGEM NA UFPE</i>	94
5.2.4	<i>O ENTENDIMENTO DOS ESTUDANTES E EGRESSOS SOBRE OS PERFIS CURRICULARES</i>	95
5.3	<i>PREENCHENDO LACUNAS?</i>	101
5.3.1	<i>AS PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES SOBRE A INFLUÊNCIA DO PERTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO</i>	102
5.3.2	<i>AS INTERPRETAÇÕES DOS EGRESSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM AOS IMPACTOS DO PERTO EM SUAS FORMAÇÕES</i>	103
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	112

1 INTRODUÇÃO

O contato inicial com a temática deste estudo, processo de humanização na saúde vivido e percebido pelos integrantes do projeto extensionista em palhaçoterapia na formação universitária, aconteceu a partir de uma sequência de acontecimentos em minha trajetória acadêmica. Ingressei na graduação em Ciências Sociais, em 2013.2, quando ainda havia investimento do Governo Federal na educação superior. Um exemplo disso foi integrar, antes mesmo de iniciar minhas aulas, o Programa Jovens Talentos para a Ciência, que ofertava bolsa. Esse foi meu primeiro contato com o mundo universitário. A partir disso precisei escolher, entre algumas opções de projetos de pesquisa, um docente do curso para me orientar. Como era estudante do curso de licenciatura, optei pelo projeto que se referia a práticas educacionais. Entretanto, esse projeto estava muito mais relacionado ao estudo da compaixão, o que foi uma grata surpresa. Também estava atrelado a um projeto de extensão universitária, que integrei durante minha graduação inteira. Ambos com orientação da professora Conceição Lafayette, que da mesma forma me orientou do primeiro ao meu último dia de graduação.

Na época entendia que o tema compaixão era muito complicado para ser trabalhado no campo das ciências sociais. Por isso, compreendia ser necessário procurar por temas correlatos. Em 2016, a professora Conceição ofertou uma disciplina sobre Sociologia do cuidado. Mesmo não tendo cursado naquele momento essa cadeira, tivemos conversas constantes sobre o tema. E assim percebi como sendo um caminho bastante promissor. No mesmo ano decidi realizar meu projeto de pesquisa para monografia sobre cuidado e debates envolvendo o campo da saúde. Dessa maneira, aos poucos esse campo de estudos foi se construindo como um caminho natural em minhas atividades acadêmicas.

Estudar sobre práticas de saúde se deve também, mesmo que de maneira inconsciente, a minha trajetória pessoal. Ir a médicos, com frequência, sempre fez parte da minha vida, em especial por demorar muitos anos para fechar um diagnóstico. Desde a infância tinha queixas recorrentes de dores de cabeça e barriga, a segunda sempre ignorada e a primeira, inicialmente, associada à sinusite. Isso ocasionou vários tratamentos com antibióticos e anti-inflamatórios que não geravam melhoras. Assim, troquei algumas vezes de médicos e fui em várias

especialidades: otorrino, primeiro profissional, neurologistas, dentistas; e nenhuma solução. Em meio a essa longa jornada, me incomodava, sobretudo durante a adolescência, ser muito magra. Fui então em uma nutricionista com o único objetivo de engordar, e já na primeira consulta, ao escutar minhas demandas, deu o diagnóstico: intolerância à lactose. Depois de passar por diversos médicos, inúmeras tomografias, ressonâncias e raio-x, o diagnóstico viria numa conversa? Não aceitei, meu otorrino também não aceitou, e disse mais: só médicos poderiam diagnosticar! Os sintomas com o passar dos anos foram se intensificando. Há cerca de cinco anos, fui em uma gastroenterologista que logo desconfiou de intolerância à lactose. Pediu então exame e com isso veio a confirmação. Dessa forma, me consultei com vários profissionais de medicina, sempre analisando suas interações, do mais ao menos “humanizado”. A tecnologia atravessava a todos de maneira importante – e eu também adotei essa visão. Até perceber que outra profissional da saúde, sem uso de tecnologias, acertou meu problema. Portanto, esse tema permeia minhas conversas e meu interesse há muito tempo.

Nas primeiras leituras sobre o cuidado no campo da saúde me deparei com uma outra discussão, referente a humanização. Temas que se tornaram centrais em minhas pesquisas. Por conseguinte, estudei várias práticas que visavam a humanização, e uma delas me chamou mais atenção: a palhaçoterapia. Um dos motivos talvez fosse por remeter o lúdico da palhaçaria ao do Projeto Compaixão. Há ainda outro aspecto que me levou até esta dissertação, ser licenciada. Por ter feito licenciatura quis também discutir sobre questões educacionais.

Portanto, a soma desses elementos – cuidado, saúde, palhaçoterapia e educação – direcionaram meu interesse ao PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos), que é um projeto de extensão universitário para a prática de palhaçoterapia destinado a estudantes dos cursos de saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Em 2017, realizei meus primeiros contatos com os integrantes do PERTO (coordenador e estudantes) para a pesquisa de minha monografia de conclusão do curso. Efetuei contatos via *e-mail*, entrevistas presenciais e acompanhei uma atuação no Hospital das Clínicas. Nesse trabalho, me interessava analisar a visão dos estudantes dos diversos cursos de saúde da UFPE sobre o PERTO e suas formações acadêmicas.

A pesquisa empreendida mostrou que os estudantes integrantes do PERTO entendiam que o projeto contribuía em suas formações no sentido de torná-los mais atentos à humanização e, por conseguinte, ao outro – pacientes e demais profissionais. Da mesma forma apontou para uma série de iniciativas por parte dos ministérios da Saúde e Educação relativos à implantação e discussão da humanização nas práticas de saúde. A exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH) com eixos de atuação nos serviços de saúde e na formação dos profissionais. Os dados coletados nesse trabalho indicaram haver sintonias e descompassos entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da PNH no processo de construção dos alunos dos cursos de saúde da UFPE.

Partindo dos resultados logrados pela pesquisa anterior, o presente estudo é fruto da vontade de elaborar reflexões mais aprofundadas sobre a formação pedagógica impactada por uma série de políticas de saúde, em especial a PNH, e atravessadas por esse projeto extensionista que se propõe a discussão de temas pouco explorados no currículo obrigatório da UFPE. Visto que vários questionamentos surgiram, como: de que maneira estão estruturados esses cursos dessa instituição de ensino com relação à humanização nas práticas terapêuticas? Como a palhaçoterapia colabora no processo de associação do cuidado e humanização? De que forma esse projeto de extensão universitária modifica o relacionamento entre os estudantes de saúde e o paciente/usuário?

Considerando a importância da formação dos profissionais de saúde no processo de construção dos itinerários terapêuticos e, portanto, de grande relevância na sociedade; se mostra imprescindível a leitura crítica da antropologia.

Assim sendo, esta pesquisa tem por objetivo analisar os possíveis impactos da palhaçoterapia na formação e, conseqüentemente, na atuação terapêutica de estudantes e profissionais egressos, de medicina e enfermagem da UFPE, buscando elucidar como essa proposta interfere nas dimensões de cuidado e humanização das práticas de saúde. De maneira específica, tem por propósitos: analisar as estruturas curriculares dos cursos de medicina e enfermagem dessa universidade; pesquisar a dinâmica da palhaçoterapia dentro da formação dos alunos; e investigar em que medida a palhaçoterapia pode influenciar na formação dos estudantes que participaram do PERTO.

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de várias frentes teóricas. De maneira mais importante está inserida dentro do campo da antropologia da saúde, que visa uma compreensão dos fenômenos relacionados ao processo saúde/doença tanto individual como coletivamente. Dada a complexidade dos temas estudados, também são acionadas contribuições do campo da Saúde coletiva, em razão de seu importante diálogo entre as ciências sociais e da saúde. Estudos sobre a racionalidade médica vigente e a respeito da formação e composição do sistema de saúde brasileiro são especialmente abordados por autores da saúde coletiva, como também da antropologia. E demonstram como a racionalidade biomédica interfere nas representações do processo de saúde/doença (LAPLANTINE, 2004; TESSER & LUZ, 2008; BONET, 2004; CUTOLO, 2006).

A racionalidade biomédica tornou a relação médico-paciente mecanicista, onde o corpo humano passou a ser visto como uma máquina. Os aspectos biológicos da doença, a partir da biologia celular e molecular, passam a ser centrais, distanciando-se das questões sociais, culturais, psíquicas e emocionais. (TESSER & LUZ, 2008)

Em 2003, foi implementada no Brasil, através do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH); podendo ser observado nisso um movimento que vai de encontro ao paradigma vigente em saúde.

Os estudos de cuidado e humanização no campo da saúde, se apresentam de maneira bastante imbricada. Essas categorias se caracterizam pelas suas dimensões plurais, que requerem leituras ampliadas. Por isso, ressalto a importância do diálogo interdisciplinar. Revelam, assim, o cuidado como uma ferramenta mediadora entre a tecnociência médica e a relação intersubjetiva dos atores envolvidos (AYRES, 2005a). A humanização, apoiada pela PNH, corresponde a interações simétricas e de valorização de todos os agentes da produção de saúde.

Entre suas estratégias gerais, a PNH preconiza que a humanização deve estar presente no eixo da educação de forma continuada. Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de medicina e enfermagem, é possível encontrar questões referentes à formação humanística. As DCNs trazem como perfil do egresso um profissional de saúde com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” (BRASIL, Ministério da educação: 2014; 2001). Os perfis curriculares

desses cursos na UFPE apontam componentes que podem ser entendidos como espaços para discussão e aprendizagem das questões referidas.

Posto isso, a palhaçoterapia mostra-se como um mecanismo que possibilita ações associadas à humanização do cuidado. Sendo então possível traçar semelhanças entre os objetivos do PERTO e os debates das questões citadas anteriormente que estão, também, presentes na PNH.

Desse modo, o interesse maior desta dissertação é compreender as narrativas de estudantes e profissionais recém-formados dos cursos de medicina e enfermagem a respeito de suas formações na UFPE, no que tange à humanização e ao cuidado a partir de suas experiências no projeto de extensão, o PERTO. Portanto, valorizo as narrativas dos meus interlocutores sempre em diálogo com a literatura sobre os temas abordados. Assim, de maneira recorrente será apresentado trechos de falas maiores do que os habituais – em dissertações de antropologia – pela potência de suas considerações, que revelam muitas vezes as contradições e desafios vivenciados por eles.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos que direcionam aos objetivos apresentados. O primeiro capítulo, intitulado “HumanizaSUS: o biomédico, o SUS e a Política Nacional de Humanização”, apresenta o *paradigma biomédico* que rege as práticas no campo da saúde. Bem como, a construção e estruturação do SUS, que em caráter nacional direciona as atuações dos profissionais dessa área. Como também será analisada a Política Nacional de Humanização (PNH) e seus aspectos que se direcionam à formação dos profissionais da saúde.

A pandemia da COVID-19, iniciada em março de 2020, impactou todas as pessoas e suas produções. Não foi diferente comigo e nem com esta pesquisa. Por conseguinte, no segundo capítulo, “Apresentando cenários, atores e atrizes”, revela-se os desafios de empreender uma pesquisa antropológica durante uma enorme crise sanitária. Em paralelo, também, apresento meus interlocutores e o PERTO; além de introduzir a palhaçoterapia.

No terceiro capítulo, “Vestindo a pele da integralidade: empatia, cuidado e humanização”, busquei compreender tais categorias a partir das narrativas dos interlocutores, colocando em contato com os debates presentes nos demais estudos – antropologia, sociologia e saúde coletiva. De igual modo, procurei relacionar as

dimensões de cuidado, humanização e integralidade à empatia, que foi apresentada pelos participantes da pesquisa.

No quarto e último capítulo, “Processo de formação de médicos(as) e enfermeiros(as) da UFPE”, procurei analisar o processo de formação dos estudantes de medicina e enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, no que tange ao cuidado e humanização das práticas em saúde. Para tanto, busquei compreender os motivos que os levaram a escolher os cursos aqui dedicados. Ao mesmo tempo, trabalhei em analisar a organização curricular, partindo das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos Perfis Curriculares das graduações citadas na UFPE. Dediquei-me, ainda, a compreender as percepções dos acadêmicos no que diz respeito às suas formações, abrangendo questões como componentes curriculares ofertados e exemplo de professores. Por fim, veremos como o PERTO, a partir das interpretações dos estudantes e egressos (participantes e ex-participantes do projeto), contribui e contribuiu em seus processos de formação.

Por fim, tracei apontamentos acerca do material trabalhado nesta dissertação. A linha que costura esses capítulos é caracterizada pelos desafios enfrentados na busca de uma saúde integral. Da criação do SUS, sua implementação e dificuldades, às ações que buscam superá-los e que ainda encontram obstáculos para que se consiga atingir os principais objetivos, de universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde.

2 HUMANIZASUS: O BIOMÉDICO, O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Para compreendermos a formação de médicas/médicos e enfermeiras/enfermeiros egressos da Universidade Federal de Pernambuco, precisamos entender o contexto social ao qual estão inseridas tais categorias. Assim, será discutido o *paradigma biomédico* que rege as práticas no campo da saúde. Bem como, a construção e estruturação do Sistema Único de Saúde brasileiro, que em caráter nacional direciona as atuações dos profissionais dessa área. Neste capítulo também será analisada a Política Nacional de Humanização e seus aspectos que se direcionam à formação dos profissionais da saúde.

2.1 O PARADIGMA BIOMÉDICO

Analisar o *paradigma biomédico* se mostra de fundamental importância, pelo seu caráter difuso e dominante na sociedade ocidental, fazendo com que as representações das doenças sejam construídas através do contato com ela e/ou pela sua influência (LAPLANTINE, 2004). Por isso, é por tal conceito que será iniciado esse estudo; por entender que é a partir dele que se estabelecem as dinâmicas no campo da saúde.

Esse paradigma originou-se a partir do pensamento Renascentista, que colocou a ciência em plano principal relacionada à razão, e o homem no centro, e se distanciando da natureza com o objetivo de controlá-la. Percebe-se forte associação da biomedicina¹ com os pressupostos da Física Clássica, como a visão mecanicista e a causalidade linear (CAMARGO JR, 2005).

Essa racionalidade médica² está estabelecida como o grande modelo que rege as práticas de saúde. De igual modo constitui-se como a “referência

¹ Ao longo da dissertação será utilizada diversas vezes o termo biomedicina se referindo ao paradigma biomédico e não ao curso de biomedicina.

² Conceito criado por Madel Luz (1992) para designar sistemas médicos complexos estruturados segundo seis dimensões (cosmologia, morfologia humana, dimensão vital humana, doutrina médica, sistema de diagnose e o sistema terapêutico) sistematizadas em maior ou menor grau (TESSER & LUZ, 2008).

teórico/prática e institucional do SUS” (TESSER & LUZ, 2008, p. 199). A biomedicina é organizada em torno das doenças e partes do corpo humano, apoiada na lógica mecanicista ao enxergar o corpo como máquina que pode ser fragmentada. O corpo humano deveria ser analisado por partes e a soma destas constituiria o todo. Dessa forma, há um fortalecimento das especializações médicas, permitindo um maior aprofundamento de questões relacionadas a diagnósticos e práticas terapêuticas para cada fração que corresponde às enfermidades. Essa divisão também diz respeito à dimensão do trabalho. Os trabalhadores da saúde tendem a se alienar no seu objeto de trabalho, já fracionado. Com profissionais concentrados em partes, há a perda da visão global do paciente.

As patologias seriam causadas pelo organismo físico e que poderiam ser consertadas com emprego de intervenções concretas (medicamentos ou cirurgia), ou seja, uma explicação unicausal da doença. A unicausalidade consiste em considerar apenas uma relação de causa e efeito imediata. Dessa forma pode haver uma abordagem direta sobre o doente, porém de forma reducionista, por colocar em segundo plano questões como contexto social e emocional, que podem estar diretamente associadas a tal enfermidade (CUTOLO, 2006).

Desse modo, o referido modelo centraliza suas ações no controle e enfrentamento da doença, deixando de lado o paciente em sua totalidade. Como consequência tem-se uma padronização das ações, que pode ser remetida à lógica mecânica que se estabelece nas relações/práticas regidas por esse sistema. De igual maneira, pode-se perceber que na biomedicina há maior preocupação em torno do restabelecimento da doença em detrimento das intervenções com o objetivo de promoção e proteção à saúde.

Para Octavio Bonet (2004), o foco na objetificação da enfermidade foi o que, em parte, tornou possível que a biomedicina se consolidasse como um saber científico e, ao mesmo tempo, teria gerado um maior distanciamento aos anseios dos doentes. Com isso, a maior preocupação do médico seria com a patologia e não com o paciente, sendo este encarado somente como um corpo que carrega a doença.

Mesmo sendo esse o paradigma que rege a medicina contemporânea, isso não quer dizer que não haja crises ou contestações a seu respeito. Como pontuou Madel Luz (2005), a biomedicina afastou-se do sujeito humano deixando de ser o centro de sua investigação e da prática terapêutica, levando a maiores

reinvidicações contrárias ao modo como era regido o campo da saúde a partir da segunda metade do século XX. A autora destaca, o que toma por marco histórico simbólico, a conferência de Alma Ata em 1978 ocorrida na União Soviética. Neste evento o diretor geral da Organização Mundial de saúde (OMS) declarou a falta de capacidade da medicina especializada e tecnológica em resolver os problemas de saúde de cerca de dois terços da população mundial, e pedindo aos governos dos países que desenvolvessem cuidados primários de saúde destinados às populações carentes. Assim, foi lançado o lema ‘Saúde para todos no ano 2000’.

Na década de 1970, tendo como possível ponto de partida às limitações, citadas anteriormente, impostas pelo paradigma biomédico, há no Brasil um movimento questionador de tais práticas. O Movimento da Reforma Sanitária, composto por professores universitários dos departamentos de Saúde Pública de todo país, intelectuais da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sanitaristas do próprio Ministério da saúde e movimentos populares, atuando em defesa de um modelo de atenção que parte da medicina social (CUTOLO, 2006).

Ou seja, podemos perceber que havia consonância entre o Movimento de Reforma Sanitária e as ideias debatidas na conferência de Alma-Ata. Existia o debate em torno da reorganização do modelo de atenção que priorizasse a inclusão, o trabalho em equipe, a participação popular e que se baseasse em estratégias de promoção, proteção e restauração da saúde.

É importante ressaltar que o *paradigma biomédico* rege as práticas de saúde, porém os modelos não são incorporados de maneira pura nas atuações profissionais; o que possibilita, por exemplo, tais debates em torno das ações desse campo.

Essas e outras discussões sobre modelos de atenção no Brasil propiciaram a reformulação do sistema de saúde no país.

2.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde às ações e serviços de saúde públicos no Brasil. Regido por uma série de princípios e diretrizes de abrangência nacional, com uma visão ampla do direito à saúde e do dever do Estado em garanti-lo.

A partir do fim da Ditadura Militar no Brasil, em 1985, houve no país uma série de reformas e redefinições do sistema de saúde público, como aponta José Carvalho de Noronha *et. al* (2008). Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com debates acerca da saúde como direito à cidadania, reformulação do sistema nacional e do financiamento do setor, sendo essas discussões tratadas até a aprovação da Constituição Federal (CF) de 1988.

Assim, a sociedade civil e movimentos democráticos alinhados a uma pauta de esquerda conseguiram, através do apoio de alguns parlamentares, inserir um capítulo específico sobre a seguridade social, com conteúdo que demonstra a preocupação com o bem-estar, igualdade e justiça na sociedade, dentro do “Título VII - Da Ordem Social” (NORONHA, LIMA, & Machado, 2008).

O primeiro artigo do capítulo sobre seguridade social na Constituição Federal, corresponde ao que compreende este termo:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Também determina que cabe ao Poder Público organizá-la a partir dos princípios de universalidade e equidade, tendo financiamento diversificado e caráter democrático e descentralizado da administração.

O artigo que abre a Seção II - Da saúde, na Constituição Federal, define de forma objetiva o caráter universal que deveria, a partir de então, constituir o sistema de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste artigo é possível, também, perceber que a Constituição Federal admite uma visão ampla da concepção de saúde. Relacionando-a com aspectos sociais e econômicos.

Assim, a partir da Constituição Federal de 1988 houve uma série de mudanças no sistema de saúde brasileiro, que era formado pelo Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) –, que tinham os serviços prestados por meio de institutos de aposentadoria e pensões separados por categoria de trabalhador e cada uma possuindo diferentes níveis de coberturas e serviços (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, & BAHIA, 2011).

Entre 1988 e 1990 o INAMPS realizou alterações direcionadas ao cumprimento da CF. A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi uma das iniciativas no sentido de universalizar a sua assistência que até então beneficiava somente os trabalhadores formais e seus dependentes (RENILSON SOUZA, 2002).

Outra mudança com relação ao INAMPS foi a sua transferência do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, de acordo com o decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990 (*idem*).

O SUS foi instituído a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Em seu Art. 2º define que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” reforçando assim o carácter universalista defendido na Constituição de 1988. Também corrobora com o entendimento amplo do conceito de saúde:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. **Parágrafo único.** Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Assim, o SUS foi implantado sob a estrutura do INAMPS; até 1993 o Ministério da Previdência continuou financiando-o. O INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Tendo como justificativa a CF e a Lei Orgânica da Saúde, de acordo com o Art. 1º. Neste artigo em seu parágrafo único dispõe

sobre as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS passam a ser absorvidas pelo Sistema Único de Saúde.

A absorção do INAMPS pelo SUS, também deu sequência à lógica operacional do sistema de saúde, como escreveu Renilson Souza (2002):

(...) preservou-se também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população.

E continua:

(...) o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. [...] A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na situação deixada pelo INAMPS, como resultado da capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal.

Em 1993, durante o governo do presidente da república Itamar Franco com a anuência de seu ministro da fazenda, Fernando Henrique Cardoso, foi retirada a cota da contribuição previdenciária do financiamento do SUS com a justificativa do aumento do desemprego no país. Tal corte resultou em uma grave situação financeira para o SUS pela falta de financiamento capaz de suprir suas demandas instituídas pela Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde.

O sistema de saúde brasileiro é composto por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços. Sendo formado por três subsetores: público, privado e suplementar. O primeiro deles é financiado e promovido pelo Estado em seus diferentes níveis: federal, estadual e municipal; o subsetor privado é constituído por empresas com fins lucrativos ou não, e tendo seus serviços financiados por diferentes fontes, seja com recursos públicos ou privados; por fim, o suplementar diz respeito aos planos privados de saúde e de apólices de seguros (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, & BAHIA, 2011).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), embora denominado como programa, o PSF se configura de forma diferente dos demais; sendo entendido como uma estratégia que se destina a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, gerando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Desse modo, tinha como objetivo a reorientação do modelo de assistência da atenção básica, em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 1997).

Podemos destacar dois dos objetivos específicos do PSF que refletem a tendência de valorização da integralidade e humanização na assistência em saúde. O primeiro, que se refere a uma abordagem integral “prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita” e o segundo, “humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais” (BRASIL, 1997).

O PSF também reconfigurou as relações de trabalho, sendo criada a equipe de saúde da família, formada por médicos(as), enfermeiros(as), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e auxiliar de enfermagem. Tais profissionais deveriam atuar de maneira integrada e visando a abordagem para além da saúde individualizada, incluindo demandas da saúde pública. Atualmente as equipes contam com mais dois profissionais o cirurgião-dentista e o auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2011).

Embora, até os dias atuais, as práticas de saúde sejam regidas pelas concepções do *modelo biomédico*, há também movimentos que ainda que não o rejeite por completo, ao menos trazem ao campo médico discussões sobre o tema. No Brasil, como vimos anteriormente, o movimento sanitário e a criação do próprio SUS podem ser entendidos como ações de mobilização com fins a uma forma diferente de se fazer saúde ultrapassando as prerrogativas da biomedicina.

2.2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) – HUMANIZASUS

Embora essa pesquisa tome a palhaçoterapia como aspecto da humanização a ser analisado, cabe destacar que diversos outros esforços nesse sentido podem ser localizados; mobilizando atenção de diversos setores da sociedade. Como exemplo, temos a reforma psiquiátrica, que teve seu marco legal com a Lei Nº 10.216, de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesse processo, os hospitais psiquiátricos foram tomados como obsoletos, por seu caráter segregacionista; em seu lugar, o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) tem crescido no país. A luta por humanização em saúde também tem estado muito presente nas discussões sobre os partos. Esses temas têm movimentado amplo interesse acadêmico, midiático e político; além, claro, dos profissionais de saúde e seus pacientes.

Assim, pode-se observar que surgiram no Brasil a partir da primeira metade dos anos 2000, esforços para colocar em pauta a questão da humanização em saúde. Em 2003, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS. A PNH substituiu programas de humanização criados anteriormente pelo Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000-2002), Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2002) entre outros. A humanização passou então a ser vista como uma política pública que perpassa por diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Mais adiante será discutida como a humanização é entendida pelas ciências sociais e saúde coletiva, por hora focaremos em entender como o referido conceito foi trabalhado dentro do Ministério da Saúde, a partir de documentos oficiais que se referem à Política Nacional de Humanização.

Nos documentos “HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS” (2010) e “HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS” (2004), do Ministério da Saúde, iniciam suas argumentações a partir da análise de avanços e desafios do SUS. Tais desafios dizem respeito às relações entre os diferentes profissionais e entre eles e os usuários:

a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os

usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (BRASIL, 2004 p. 05)

Há também uma crítica à formação dos trabalhadores da área no que concerne ao baixo investimento em questões como gestão participativa, trabalho em equipe e formulação de políticas públicas de saúde. Dessa maneira, existe pouco incentivo à co-gestão (inclusão de profissionais e usuários no processo de saúde) o que pode gerar desrespeitos aos direitos de tais categorias. Assim, os modos de atenção, se baseiam, na maioria das vezes, na “relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários”, o que acarreta no fortalecimento do olhar focado na doença e na não criação de vínculos que permitam “a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde” (BRASIL, 2004).

A PNH entende a humanização como:

(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes e de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2010 p. 08)

De maneira resumida, ainda de acordo com Ministério da Saúde, “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004 p.6).

Desse modo a humanização se estabelece como uma política transversal, configurando-se como um conjunto de princípios e diretrizes que atravessam as ações nos serviços e práticas de saúde, e em todas as instâncias do sistema. Com isso, a humanização, enquanto política transversal, pressupõe que fronteiras de diferentes núcleos de saber e poder que dominam a produção de saúde sejam superadas (BRASIL, 2004). Assim, a humanização (no sentido da política) supõe troca de saberes que incluem usuários (pacientes e familiares) e profissionais, bem como os diálogos entre os trabalhadores e modos de trabalhar em equipe.

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. São três os princípios que se desdobram enquanto política pública:

1. **Transversalidade:** que se configura pela proposição de uma maior comunicação intra e intergrupos, e na transformação dos modos de relação e comunicação entre os sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde (gerando, como comentado anteriormente, desestabilização das fronteiras dos saberes/poder)
2. **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** mudanças no modo de cuidar e gerir; inseparabilidade entre clínica e política, e entre produção de saúde e de sujeitos; integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.
3. **Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos:** maior atenção na produção de si e do mundo, levando em consideração aspectos econômicos, políticos, institucionais e culturais; as mudanças pretendidas na atenção e gestão devem estar acompanhadas da autonomia dos sujeitos envolvidos, compartilhando responsabilidades nos processos de gerir e cuidar.

No que se refere ao método a PNH tem direcionado a inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de produção de saúde. Desse modo, organizando-se através de um método de tríplice inclusão:

1. Inclusão dos diferentes sujeitos: gestores, trabalhadores e usuários
2. Inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança
3. Inclusão do coletivo (trabalhadores)

As diretrizes que regem a PNH coadunam com o método da inclusão na direção da clínica ampliada, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, e fomento de coletivos e redes. Tais diretrizes correspondem às experiências exitosas do SUS (dissertação saúde coletiva). Por fim, os dispositivos utilizados para pôr em prática essas diretrizes e com isso o funcionamento das práticas de saúde envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão, são exemplos: Grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica de Humanização, colegiado gestor, sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, visita aberta e direito a acompanhante, entre outros.

Esta política busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar; estimulando

a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários no intuito de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem práticas e atitudes desumanizadoras que constroem a autonomia e responsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, que podemos destacar como uma medida de grande importância, sobretudo porque só podem ser alcançadas de forma coletiva e compartilhada. Devendo incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL, 2004).

A implementação da PNH presume uma atuação em sete eixos que objetivam a institucionalização, a difusão e a apropriação do resultado pela sociedade.

1. O eixo das Instituições do SUS pretende-se que a política de humanização faça parte dos Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos gestores e Conselhos de Saúde correspondentes.
2. O eixo da informação/comunicação visa a inclusão do debate orgânico para a ampliação do domínio social sobre a mesma.
3. No eixo da atenção, propõe a Política Nacional de Humanização como uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, democratização da gestão e dos serviços e ampliação da atenção integral à saúde.
4. No eixo da gestão do trabalho, busca promover ações que propiciem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão.
5. O eixo do financiamento, propõe a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os.
6. No eixo da gestão da PNH, objetiva-se a práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.
7. Por último, e mais importante para esta pesquisa, o eixo da educação permanente, indica que a PNH seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação.

Entre suas estratégias gerais, a PNH preconiza que a humanização deve estar presente no eixo da educação de forma continuada. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de medicina e enfermagem não façam menção a esta política, é possível encontrar nelas questões referentes à formação humanística. As DCNs trazem como perfil do egresso um profissional de saúde com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. (BRASIL, Ministério da educação: 2014; 2001). Ao longo dos demais capítulos serão trabalhados de maneira mais abrangente os componentes curriculares dos cursos referidos anteriormente.

O Ministério da Saúde publicou entre 2010 e 2015 uma série de cinco Cadernos Temáticos de Humanização; o primeiro número foi dedicado ao tema da formação com o objetivo de “disseminar reflexões e apresentar experiências concretas de processos de formação” (BRASIL, 2010 p.08).

Nesse documento, percebe-se que há na PNH uma valorização da gestão, principalmente por entender que a formação dos trabalhadores de saúde “produzem desconexões entre a formação técnico-científica e a gestão, tomados como polaridades, com ênfase aos primeiros”. Desta maneira, a política tem como objetivo formar profissionais com “capacidade técnica e política para construir novas realidades institucionais e novas práticas, mais eficazes, mais justas e igualitárias”. De certa maneira, podemos associar a gestão à organização do trabalho; visto que o trabalho em equipe é um dos princípios da formação pretendida pela PNH. Ao entender a produção de saúde como um fenômeno complexo que necessita de articulação entre os diversos saberes e trocas entre diferentes profissionais, levanta-se uma crítica a formação que não abarca a interdisciplinaridade, “muitas vezes o que se vê é o contrário: cada curso formando os seus, cada curso achando que o mais importante é o seu campo, cada um fazendo as suas tarefas e ações” (BRASIL, 2010 p.69).

Outro ponto destacado nesse Caderno Temático, é ressaltar a importância da compreensão de que a atenção primária é o eixo organizativo do sistema de saúde e substantivo da formação. Evidenciando a influência da biomedicina, da ideia de práticas de saúde como práticas de mercado, e do entendimento de grande parte das profissões de saúde como atividade liberal, no processo de construção de tais

trabalhadores (BRASIL, 2010). Desse modo, a PNH se opõe à lógica das universidades brasileiras, de formar para o mercado privado.

A PNH entende que a formação é indissociável da intervenção, assim, pressupõe o exercício prático de experimentação no cotidiano dos serviços de saúde. O espaço de formação nessa área é a rede de serviços do SUS, o que possibilita trocas entre sujeitos em situações reais e concretas do cotidiano dos serviços. Nesse sentido, os processos de formação associados às práticas, propiciadas pelas parcerias entre universidades e rede SUS, deveriam suscitar a superação de ações opostas aos princípios do sistema de saúde. Os procedimentos de aprendizagem devem estar em harmonia com o atendimento e cuidado aos pacientes (BRASIL, 2010).

*

É possível que nesse momento a leitora ou o leitor esteja se perguntando de que maneira todas essas questões estão diretamente relacionadas com a temática central dessa dissertação. Afirmo que há, e aqui costurarei os pontos que estarão entrelaçados no decorrer desse trabalho.

Como visto no início desse capítulo, o campo da saúde opera sob a lógica da racionalidade biomédica. O SUS, instituído em 1990, foi criado dentro do horizonte de tais práticas de saúde. Porém, em grande medida se contrapondo ao referido modelo. O sistema de saúde brasileiro tem como premissas básicas a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde, o que se caracteriza como um grande avanço ao acesso aos serviços de saúde de qualidade. Apesar disso, diversos problemas persistem, como a dificuldade para lidar com questões subjetivas (que são inerentes a tais práticas) e um modelo de gestão centralizado e verticalizado.

No documento base da PNH, como vimos anteriormente, são apontadas questões que ainda não teriam sido superadas pelo SUS e que refletem um modelo de atenção pautado no biomédico. Na tentativa de atravessar essas dificuldades cria-se a referida política, com objetivo de propiciar mudanças nos modos de atenção e gestão das práticas de saúde. De maneira bastante simplificada pode-se formular que a PNH existe para combater práticas desumanizadas no campo da saúde, que em muitos casos está associada ao paradigma que rege tal setor.

Desse modo, compreender a racionalidade médica vigente e sua relação com o sistema de saúde brasileiro é de fundamental importância para que seja possível analisarmos as formações dos profissionais, nesse estudo de médicos(as) e enfermeiros(as). Visto que o “SUS é ordenador do sistema de saúde em nosso país e isso significa, no mínimo, tomar seus princípios e diretrizes para ordenar processos de formação” (BRASIL, 2010 p.69, 70).

3 APRESENTANDO CENÁRIOS, ATORES E ATRIZES

Este capítulo abordará como a dissertação foi projetada, como desmantelou-se devido à pandemia do novo Coronavírus e, por fim, como de fato foi desenvolvida. O isolamento social, imposto pela crise sanitária, gerou profundas modificações na execução da pesquisa que será detalhada adiante. Desse modo, serão apresentados os interlocutores que fazem parte dessa pesquisa

Também será discutida sobre a presença de palhaços em ambiente hospitalar e de que maneira tais iniciativas podem ter contribuído para formação de práticas extensionistas universitárias. A partir disso, será apresentado o PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos) e como esse foi concebido, estruturado e a forma com a qual desenvolve suas atuações.

3.1 PROJETANDO E REPROJETANDO A PESQUISA: MÉTODOS E TÉCNICAS

Nesta seção serão discutidos os métodos e as técnicas utilizados para a elaboração desse trabalho. Considerando o momento no qual foi elaborado e a especificidade dele, adoto a forma semelhante a um diário. Visto que foi intensificado, pelo contexto, a imbricação entre os papéis pessoal e de pesquisadora. Entendo que minhas incertezas, medos e angústias estão refletidas nesta dissertação; assim como ser pesquisadora no campo da antropologia da saúde durante uma grave crise sanitária também afetou a pesquisa e a minha vida pessoal. Também adoto essa forma de abordagem por compreender ser a melhor maneira de evidenciar o passo a passo empregado e seus desdobramentos.

Em 26 de fevereiro de 2020 o Brasil teve o primeiro caso confirmado de infecção por Coronavírus; no dia 17 de março de 2020 foi registrada a primeira morte decorrente do novo vírus. Hoje, janeiro de 2022, o país soma mais de 620.000³ pessoas que vieram a óbito.

³ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2022/01/21/covid-19-coronavirus-casos-mortes-21-de-janeiro.htm>. (Acessado em 21/01/2022 às 20h34min)

A maioria dos trabalhos que foram elaborados durante a pandemia do Coronavírus foram afetados de alguma forma. Com a minha dissertação não foi diferente. Diversos fatores interferiram, seja por questões pessoais – como o medo de ficar doente e seus desdobramentos – e mais ainda que acometesse pessoas próximas. Possivelmente o receio com a saúde daqueles que compõem o meu círculo familiar e afetivo, foi inicialmente o motivo paralisante, de um certo bloqueio nos estudos. Ao passo que demandas práticas, principalmente de limpeza, exigiam mais de mim; moro com mais quatro pessoas, meus pais e meus irmãos. Dessas, três são do grupo de risco, o que colocava eu e meu irmão na “linha de frente” da limpeza e de todo o processo que representasse maior exposição ao vírus⁴. Se tais questões demandavam mais tempo, tinha com isso menos tempo para as atividades acadêmicas. Outro motivo que me deixava na inércia da pesquisa era o questionamento constante de como iria fazer o trabalho de campo nessa situação.

Na projeção do desenvolvimento da pesquisa começaria as atividades de campo no final do mês de março ou no máximo em início de abril. Aproximadamente no dia 18 de março começamos o período de isolamento social no estado de Pernambuco, com isso escolas e universidades suspenderam suas atividades. Uma parte do meu campo deixava então de existir naquele momento, já que a Universidade Federal de Pernambuco estava com atividades suspensas por tempo indeterminado. Também os hospitais tiveram que endurecer medidas de restrições para conter o avanço do contágio. Assim, práticas como a palhaçoterapia e tantas outras atividades estavam impedidas de acontecer. Logo, meu campo não existia; pelo menos não da mesma forma que antes.

Se Ruth Benedict (2014), em seu trabalho sobre os padrões da cultura japonesa teve que “abrir mão da mais importante técnica do antropólogo cultural: o trabalho de campo” (p.13) – pelo fato dos Estados Unidos, país da autora, e Japão estarem em guerra; eu, pelas medidas de segurança instauradas com o distanciamento social, também estava impedida de realizar uma das técnicas mais cruciais do fazer antropológico. Não poderia acompanhar os integrantes do PERTO em suas atuações no Hospital das Clínicas; também não seria possível participar de

⁴ Vale a pena pontuar que homens pesquisadores produziram mais enquanto mulheres diminuiriam sua produção durante a pandemia, como apontado em pesquisa que pode ser acessada em: <https://ajps.org/2020/04/20/it-takes-a-submission-gendered-patterns-in-the-pages-of-ajps/> (Acessado em 19/04/2021 às 14h19min)

aulas na graduação – tinha intenção de assistir aulas como por exemplo a disciplina Humanização em Saúde que seria ofertada em 2020.1 para diversos cursos de saúde.

Pois se não poderia realizar a pesquisa como havia planejado, deveria então remodelar a forma como coletaria os dados. Muito tem se discutido, em diversos *webinários* e minicursos⁵, encabeçados na maioria das vezes por programas de pós-graduação em antropologia de todo o país, sobre a realização de etnografias online/digital/virtual⁶; mas o que muitas vezes não era levado em consideração é que para muitos de nós, pesquisadores, nosso campo e objeto de estudo tinham sido delimitados antes da pandemia, o que acarretava em muitos dos casos a não existência do grupo pesquisado no mundo virtual.

No meu caso, os estudantes e profissionais que fazem/fizeram parte do PERTO possivelmente estão no espaço virtual, em especial nas redes sociais; mas não enquanto um grupo que discutisse os elementos fundamentais ao meu estudo. Ou seja, não havia a possibilidade de utilizar o método etnográfico, mesmo de modo *online*. Visto que o grupo estudado não estava desenvolvendo atividades sobre palhaçoterapia ou outra temática, logo a falta de interação entre eles resultava na impossibilidade do emprego desse método.

O caminho natural foi partir, e aceitar, para realização de entrevistas. Embora essa fosse a técnica mais adequada para o momento, não nego que relutei em ceder. Para mim, enquanto aspirante a antropóloga, era quase inaceitável não realizar etnografia, não importando se *online* ou presencial – me sentia na obrigação de fazer uma pesquisa de cunho etnográfico.

⁵ Como por exemplo os minicursos oferecidos pelo PPGA/UFPE, nos quais participei: As implicações da Etnografia online, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=kMxNaI122w&list=PLuRyvGgyZPVxLyM7hwMyk87KGmtdrrC-L> (Acessado em 19/04/2021 às 14h21min); e As implicações da Etnografia online (Parte II), disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=m-3wnbQyuN4&list=PLuRyvGgyZPVwfoeRAAo4bo8LMhAEtXoKK> (Acessado em 19/04/2021 às 14h21min)

⁶ Sobre etnografias digitais há um bom acervo de discussões já estabelecidas na antropologia. São alguns desses trabalhos:

RAMOS, Jair de Souza & FREITAS, E. Tânia. "Etnografia Digital". Revista de Antropologia do PPGA/UFF. Niterói, 2017;

LEITÃO, Debora Krischke & GOMES, Laura Graziela. "Etnografia em ambientes digitais: perambulações, acompanhamentos e imersões". Antropolítica, número 42. Revista de Antropologia do PPGA/UFF. Niterói, 2017. p. 41-65;

SEGATA, Jean. Cibercultura, imagem e ética na pesquisa. Revista Visagem, 3(2): 314-331, 2017.

Os dias foram se passando; e a pandemia no Brasil, que não tinha/tem um governo federal que lhe desse a devida importância, saiu rapidamente do controle. O presidente Jair Bolsonaro fez, desde o início da grave crise sanitária, recorrentes declarações no sentido de minimizá-la, negar a ciência e mesmo insensibilidade as milhares de vidas perdidas⁷. Seu posicionamento era demonstrado perante a imprensa durante suas entrevistas ou mesmo nas suas rotineiras *lives*. Em maio de 2021 foi instaurada no Senado Federal a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID⁸, a mando do Superior Tribunal Federal (STF), com o objetivo de apurar eventuais omissões e falta de competência na administração da crise de saúde, tendo como principal alvo o Governo Federal.

O que em março de 2020, na minha inocente visão otimista, seria no máximo dois meses; em maio já percebia, de maneira menos otimista, que até outubro nada de maneira presencial poderia ser feito em minha pesquisa. Não me restava outra alternativa que não estabelecer contato com o grupo para que pudesse realizar as entrevistas. E estas seriam por meio de plataformas virtuais. As entrevistas estavam planejadas para esta pesquisa mesmo antes da pandemia, porém de maneira complementar e não, como aconteceu, de modo tão central e fundamental.

Iniciei o contato, via *e-mail*, através do professor que coordena o grupo de extensão, para primeiro me atualizar sobre a quantidade de integrantes, a correspondência para cada curso de graduação e seus estudantes. Tinha com isso o intuito de realmente saber esses dados e de igual forma reestabelecer o contato com o PERTO, que havia sido estabelecido em 2017 por ocasião da minha pesquisa para o trabalho de conclusão de curso em ciências sociais⁹.

E-mails trocados, dados iniciais obtidos, e mais que isso, o coordenador do projeto extensionista estaria ciente que eu estava novamente pesquisando sobre o

⁷ Algumas das declarações do Presidente do Brasil, Jair Bolsonaro: “Nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho”; “as informações é que [a hidroxiclороquina] já deu certo”; “Todos nós vamos morrer um dia, aqui todo mundo vai morrer. Não adianta fugir disso, fugir da realidade. Tem que deixar de ser um país de maricas.” Disponível em <https://veja.abril.com.br/blog/jose-casado/a-pandemia-pelo-olhar-de-jair-bolsonaro/> (Acessado em 19/04/2021 às 14h23min)

⁸ Sobre a CPI da Covid: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/04/entenda-como-funciona-uma-cpi-e-os-poderes-da-comissao-que-investigara-aco-es-na-pandemia-da-covid.shtml> (Acessado em 19/04/2021 às 14h24min)

⁹ BRITO, Ana Katarina de. Palhaçoterapia: cuidado e humanização nas práticas de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

PERTO. Poderia agora começar a acessar individualmente aqueles que potencialmente iriam compor meu grupo de entrevistados. Intuí que seria muito mais fácil conseguir conversar com os estudantes que participam do PERTO do que com os médicos e enfermeiros que por ele passaram; surpreendentemente ocorreu de maneira inversa. Utilizei a técnica de bola de neve para encontrar meus interlocutores.

As entrevistas foram realizadas entre junho de 2020 e março de 2021. O primeiro bloco foi entrevistado entre junho e julho, o segundo em março e o terceiro em novembro. Esse intervalo grande entre as entrevistas de um bloco e outro ocorreu devido à dificuldade de acessar o segundo e terceiro blocos.

As entrevistas foram precedidas de uma preparação para compreensão das questões centrais pesquisadas e da elaboração do tópico guia (BAUER e GASKELL, 2002). A pesquisa subdividiu-se em três pequenos grupos de interlocutores, o que demandou tópicos guias diferentes. Ou seja, foi estruturado um roteiro de entrevista para profissionais de saúde, com outra pequena variação entre médicos e enfermeiras; outro para os estudantes, com diferenciação sutil entre medicina e enfermagem; e por último um para o formador do projeto extensionista.

Minhas cinco primeiras entrevistas foram todas do que compreende o bloco dos profissionais egressos da UFPE e do PERTO. Esse se constituiu em duas frentes: a primeira utilizei de contatos que ainda tinha salvo no meu aparelho celular de pessoas entrevistadas em 2017 – na época eram ainda estudantes –, assim cheguei ao meu primeiro entrevistado o médico Jason. A segunda se deu após encontrar na internet um artigo sobre o PERTO que tinha o *e-mail* de uma das autoras; entrei em contato através dele, e com isso acessava minha segunda entrevistada, a enfermeira Margarida. Jason me indicou outro médico, o Lindovaldo, com o qual conversei também. Margarida me indicou outra enfermeira, a Francisca, que também me concedeu entrevista; e que me recomendou a outra profissional de enfermagem, a Célia, minha última entrevistada desse grupo.

O segundo bloco é composto por estudantes de enfermagem e medicina da UFPE que estavam vinculados ao PERTO até a suspensão do projeto em março de 2020, quando o governo do estado de Pernambuco, através do Decreto nº 48.809 de

14 de março de 2020¹⁰, adotou medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo Coronavírus. Novamente foi utilizada a técnica de bola de neve. O contato inicial foi com o acadêmico de medicina Cajuíno. Consegui seu número através de um edital de seleção do projeto no qual ele fez parte da equipe de apoio. A partir de suas indicações acessei os demais entrevistados desse bloco: Chico Bento, de medicina, e Tulipa e Carla, do curso de enfermagem.

O terceiro e último bloco é destinado aos envolvidos na construção e formatação do PERTO, tendo sido entrevistado Gentileza, o formador em palhaçaria.

Se por um lado a pandemia do novo Coronavírus desafiou de diversas maneiras a execução da pesquisa, por outro possibilitou algumas facilidades. É inegável que a realização das entrevistas com os profissionais foi bastante beneficiada nesse contexto. Isso porque eram realizadas de maneira virtual, obviamente, o que permitia uma grande flexibilização sobre dias, horários e locais; como eu estava em um rigoroso isolamento, estava praticamente sempre disponível para realizar as conversas. Assim, foram feitas nos finais de semana, à noite, como também com pessoas que estavam em outros estados.

Porém nem tudo são flores no que diz respeito a realização das entrevistas virtuais. Da mesma forma que possibilitava agendar entrevistas e trocas de mensagens rápidas e em diversos horários, também facilitava não me responder. Uma situação especialmente me alertou para tal questão, um dos meus contatos e quem deveria ser minha principal interlocutora, por ser a indicada do PERTO para assuntos acadêmicos/científicos, foi perdido por falhas graves na comunicação. Não obter respostas às mensagens enviadas ou recebê-las incompletas, depois de meses são bem possíveis no “mundo virtual”.

Tanto de maneira presencial como digital o não interesse, ou a não possibilidade, em participar da pesquisa é algo que deve ser levado em consideração. Bem antes da pandemia, ainda no ano de 2019, realizei um dos primeiros contatos com o campo para pesquisa do mestrado, tinha como interesse naquele momento acompanhar a oficina pela qual os estudantes selecionados para o PERTO participavam; assim, estabeleci meu primeiro contato com o formador do

¹⁰ O Decreto nº 48.809 de 14 de março de 2020 disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=48809&complemento=0&ano=2020&tipo=&url=> (Acessado em 19/04/2021 às 14h25min)

projeto, Gentileza. Esse primeiro contato foi extremamente frustrante, visto que ele não foi favorável à minha inserção nesse momento, por julgar prejudicial pedagogicamente aos estudantes em formação na palhaçoterapia. Também tentei realizar uma entrevista com ele naquela época, o que também não foi concretizado. Um outro impasse aconteceu com possível interlocutor, com contato virtual durante a crise sanitária, que se demonstrou aberto à sua contribuição, mas houve cancelamentos de entrevistas e remarcações que nunca chegaram a se concretizar. Entretanto, os problemas foram menores se comparados a todas as facilidades encontradas nesse método de entrevistas virtuais. Ambas as situações ocorreram através de aplicativos de mensagens, na primeira seria apenas o primeiro contato que antecederia o contato físico, que nem chegou a acontecer. Assim, ressalto que as adversidades acontecem independentes da pandemia, e que de certa maneira a pesquisa virtual trouxe, também, uma série de benefícios.

Abro um parêntese nesse momento, em respeito aos meus colegas e tantos outros antropólogos e antropólogas, para destacar que desenvolvo a pesquisa com um grupo de jovens pertencentes à classe média, o que possibilita de maneira muito mais fácil a realização das entrevistas de maneira virtual. Afinal, todos possuem aparelhos celulares que possibilitam tal comunicação, além de uma internet boa o suficiente; problemas de conexão de internet estavam muito mais associados a mim. Enquanto os meus colegas estavam realizando pesquisas com grupos de camadas sociais mais desfavorecidas, que enfrentam diversos problemas para a inclusão digital, agravados ainda por não terem tido a possibilidade de um contato anterior à pandemia. Com isso, quero deixar claro que minha facilidade não pode servir como regra geral, visto que compreende um contexto de pesquisa específico e pequeno dentro da produção antropológica consolidada.

Os profissionais e estudantes de medicina e enfermagem que participaram dessa pesquisa são apresentados por nomes fictícios, escolhidos por eles próprios. Embora sempre que apresentada a questão de *anonimizá-los* visando maior segurança e transparência nas repostas, todos se mostraram sem preocupação em serem reconhecidos. Por outro lado, para o formador do projeto de extensão PERTO não poderia ser utilizado o anonimato – devido a posição única que exerce no projeto –, foi então explicado a ele tal situação e foi possível perceber que não havia nenhum tipo de incômodo.

Mesmo com a grande maioria dos participantes da pesquisa expressando a possibilidade de serem reveladas suas identidades, optei por não os expor, e deixando isso bastante claro no início da conversa, visando deixá-los mais à vontade para eventuais críticas à universidade e/ou professores, por exemplo.

Alguns dos nomes adotados podem soar estranho e provocar até mesmo o riso, mas ora, esta dissertação é sobre palhaçoterapia; trazer um pouco de leveza é fundamental.

Jason é médico formado há cerca de três anos, tem vinte e oito anos e autodeclarado pardo. Trabalha, atualmente, na atenção básica em um Posto de Saúde da Família no interior de Pernambuco e como plantonista em um hospital da Grande Recife. Se considera pertencente a classe média alta, com remuneração mensal de aproximadamente R\$18.000,00.

Lindovaldo é médico graduado há dois anos; possui vinte e sete anos de idade e se declara como branco. Está no segundo ano de residência médica em um hospital do estado de São Paulo. Destaco que a sua participação nessa pesquisa se deu pela nova configuração com a realização de entrevistas virtuais, visto que nos encontrávamos em estados diferentes. Se percebe pertencente a classe média com remuneração mensal de cerca de R\$ 4.000,00.

Margarida é enfermeira há aproximadamente três anos; tem vinte e oito anos e autodeclarada preta. Atualmente trabalha em um hospital de referência na Grande Recife. Se considera integrante da classe média, com rendimentos mensais aproximados a R\$3.000,00.

Francisca, formada em enfermagem há cerca de três anos, é residente em um hospital de referência na região metropolitana de Recife. Possui vinte e seis anos, se identifica como parda e pertencente a classe média alta, tendo como remuneração por volta de R\$ 3.000,00.

Célia é enfermeira há quase três anos, trabalhando em hospital de referência e no hospital de campanha para enfrentamento da Covid-19, ambos na Grande Recife. Se reconhece como branca e pertencente a classe média com remuneração um pouco acima de R\$ 5.000,00.

No grupo apresentado acima, dos profissionais, destaco a renda provenientes deles próprios. No entanto, no segundo que será apresentado abaixo, dos estudantes, com relação a classe utilizo a renda familiar tendo em vista o fato de ainda não possuírem renda direta, desconsiderando as remunerações de eventuais bolsas de incentivo acadêmico.

Cajuíno é estudante de medicina cursando o 7º período. Possui vinte e quatro anos, se autodeclara branco e integrante da camada popular. Não respondeu sobre a renda familiar.

Chico Bento, acadêmico do 12º período de medicina, sendo este o último semestre do curso e caracterizado pelo internato no qual os estudantes desenvolvem suas atividades nos serviços de saúde. Tem vinte e cinco anos, se identifica como pardo e como membro da classe média, tendo como renda familiar aproximadamente R\$1.800,00.

Tulipa está cursando o 5º período de enfermagem. Possui vinte e cinco anos, se considera parda e integrante da classe média baixa, com renda familiar de aproximadamente R\$4.500,00.

Carla cursa o 5º período de enfermagem. Tem vinte e quatro anos, declara-se como branca e inserida dentro da classe média, possuindo renda familiar de aproximadamente R\$3.500,00.

Com base nas informações acima, podemos observar a estrutura do grupo acessado, que podem ser indicativos da configuração dos profissionais recém-formados e estudantes de enfermagem e medicina. Apenas uma pessoa se declarou preta, os demais se consideram brancos e pardos, aparecendo em mesma proporção. Com relação aos estratos sociais aos quais pertencem, um único entrevistado se denominou integrante de camada mais popular e o restante como classe média (com variações entre alta, média e baixa). Possuem idades muito próximas, variando entre 24 e 28 anos.

Gentileza é graduado em artes cênicas pela Universidade Federal de Pernambuco. Com formação em *clown* pelo Centro Apolo Hermilo. Sua história com a palhaçoterapia surgiu através dos muitos acasos da vida, ao conhecer uma enfermeira, em outro curso artístico que faziam, desenvolvia ações como palhaça no

Hospital da Restauração há vários anos; sendo convidado por ela a participar de algumas atuações. Tais intervenções se tornaram mais sistemáticas, a partir do apoio e incentivo financeiro da secretaria estadual de saúde. Gentileza contribuiu para a estruturação de todos os projetos extensionistas de palhaçoterapia das universidades e faculdades de Recife, sendo até hoje o formador em palhaçaria deles.

3.2 A PALHAÇOTERAPIA

O primeiro relato da presença do palhaço em um ambiente hospitalar foi em Londres, em 1908 numa enfermaria pediátrica. Porém, é a partir da década de 1970 que se consolida através de *Patch Adams*, com a criação do *Gesundheit Institute*; e de Michael Christensen, diretor da organização *Big Apple Circus Clown Care Unit* (CATAPAN, OLIVEIRA, & ROTTA, 2019).

O *Gesundheit Institute* é uma organização social de saúde sem fins lucrativos, tem como objetivo a reformulação e recuperação do conceito de hospital. Visando um modelo de atenção médica holística, entendendo que a saúde do indivíduo não pode ser separada nem da saúde da família e nem da comunidade. Por mais de uma década ofereceu atendimentos em uma casa comunitária, sendo suspenso por não apresentar estrutura adequada aos pacientes. O instituto passou a desenvolver outras atividades e buscou arrecadar fundos para construção de um hospital. Assim, Patch Adams viajou a diversos países oferecendo *workshops* e palestras sobre cuidado e compaixão na saúde. Também desenvolve o projeto *Gesundheit Global Outreach Clowns (Go! Clowns)* que realiza missões humanitárias levando médicos palhaços a vários países, regiões de guerra e extrema pobreza¹¹.

Em 1986 em Nova York, nos Estados Unidos, organizado pelo *Big Apple Circus*, houve a inserção no hospital da figura do doutor-palhaço que parodiava as rotinas médicas¹²; tal ação teve como público pacientes pediátricos. A equipe de saúde percebeu mudanças positivas no comportamento das crianças durante e

¹¹ Informações disponíveis no site do Gesundheit Instituto, disponível em: <https://www.patchadams.org/> (Acessado em 19/04/2021 às 14h27min)

¹² Exemplo das paródias: transfusão de milk-shake; transplante de nariz vermelho; estetoscópio de soltar bolhas de sabão.

depois da atuação do doutor-palhaço, sendo, inclusive, mais receptivas aos tratamentos; o que os levaram a solicitar a manutenção da intervenção artística. Assim, é criado o *Big Apple Circus Clown Care Unit* que ao longo dos anos foi sendo incorporado em vários hospitais com uma grande equipe de artistas (TAKAHAGUI, et al., 2014).

O *Big Apple Circus Clown Care Unit*, organização social sem fins lucrativos foi fundada pelo Michael Christensen, e cofundador do *Big Apple Circus* que mantém financeiramente a organização. É formada por profissionais circenses qualificados que recebem remunerações por tais atuações (The Hospital Clown Newsletter, 1999).

A ideia também se espalhou pelo mundo inspirando a criação de diversas organizações com o mesmo intuito, levar palhaços ao ambiente hospitalar. No Brasil foi criado, em 1991, o Doutores da Alegria pelo Wellington Nogueira; após retornar de uma temporada morando nos Estados Unidos, onde integrou a equipe da *Big Apple Circus* atuando em hospitais. Esta ONG desenvolve ações, atualmente, em três capitais: São Paulo, Recife e Rio de Janeiro¹³.

As Organizações Sociais, *Big Apple Circus* e Doutores da Alegria, são formadas por artistas profissionais atuando no ambiente hospitalar. Como dito anteriormente, suas intervenções se configuram como uma paródia ao cotidiano das práticas de saúde; os personagens têm como trajes elementos da figura tradicional do palhaço, como roupas e sapatos coloridos, maquiagem e o nariz vermelho, acrescidos a itens do vestuário médico como o jaleco, dessa maneira se estabelece o doutor-palhaço. Como podemos observar nas imagens abaixo:

¹³Informações disponíveis no site da ONG Doutores da Alegria. Disponível em (acessado em 19/04/2021 às 14h28min): https://doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-doutores/?gclid=Cj0KCQiAgomBBhDXARIsAFNyUqMnYiZB3z6cfTJbbaSMYu-UhzkTsAv_IGMKmpS6MR53DV6jmxNvJgkaAmwcEALw_wcB.

Figura 01 – Integrantes dos Doutores da alegria em atuação.



Fonte: Doutores da alegria¹⁴

Figura 02 – Integrantes dos Doutores da alegria em atuação.



Fonte: Doutores da alegria¹⁵

Um dos grandes responsáveis pela presença dos palhaços e do humor nos hospitais é o americano Hunter Doherty, mais conhecido como *Patch Adams*. Escolheu a medicina, depois de grandes traumas pessoais, decidido a, em suas palavras, “fazer uma revolução do amor e servir a humanidade”¹⁶. Assim, segundo ele, mudou a forma de se relacionar com o mundo, de maneira mais leve e feliz através de suas palhaçadas. Desde seus primeiros contatos com os pacientes entendeu a importância do humor para auxiliar nos tratamentos. Também valorizava uma abordagem integral, que abarcasse tanto o cuidado em saúde individual como coletivamente; além da integração da medicina com outras áreas, como as artes, natureza, serviço social, etc.

Dessa forma, Patch Adams incorpora à sua formação médica o palhaço como mecanismo auxiliar para cura do paciente. Diferentemente das organizações citadas anteriormente, Patch Adams e sua equipe não se caracterizam como doutores/médicos-palhaços e sim, apenas, como palhaços. Suas vestimentas não estão relacionadas à indumentária típica dos profissionais da saúde; sendo utilizadas roupas coloridas, maquiagens e o nariz vermelho. Da mesma forma, as intervenções não são necessariamente satirizando o cotidiano hospitalar.

¹⁴ Disponível em: https://doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-doutores/?gclid=Cj0KCQiAgomBBhDXARIsAFNyUqMnYiZB3z6cfTJbbaSMYu-UhzkTsAv_IGMKmpS6MR53DV6jmxNvJgkaAmwcEALw_wcB (acessado em 19/04/2021 às 14h32min)

¹⁵ Disponível em: https://doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-doutores/?gclid=Cj0KCQiAgomBBhDXARIsAFNyUqMnYiZB3z6cfTJbbaSMYu-UhzkTsAv_IGMKmpS6MR53DV6jmxNvJgkaAmwcEALw_wcB (acessado em 19/04/2021 às 14h33min)

¹⁶ Informações disponíveis em: <https://www.patchadams.org/> (acessado em 19/04/2021 às 14h35min)

Figura 03 – Patch Adams em hospital realizando uma intervenção entre os pacientes.



Fonte: News channel¹⁷

Patch Adams ficou mais conhecido a partir de 1998 em virtude do filme “*Patch Adams: o amor é contagioso*”, que retrata sua vida enquanto estudante do curso de medicina que percebe a eficácia da aproximação entre médicos e pacientes, além do humor, para o tratamento ao paciente que deve ser enxergado como um todo.

Possivelmente inspirados por tais iniciativas, acadêmicos dos cursos da área de saúde, em diversas universidades, criaram projetos de extensão para as ações da palhaçoterapia. Dessa forma, percebe-se mais semelhanças com as práticas do Patch Adams do que com as dos Doutores da Alegria e afins; visto que, o primeiro se assemelha a formação médica associada ao humor e o segundo grupo se distingue pela formação artística profissional.

Durante a conversa com o formador em palhaçaria, Gentileza, partindo da concepção e estruturação inicial da palhaçoterapia, enquanto prática extensionistas em universidades de Pernambuco, levantou a questão da diferença entre os projetos de extensão universitária e as ações de Patch Adams e dos Doutores da alegria.

Porque os Doutores da Alegria eles faziam um trabalho, mas eu sentia que o que a gente tava fazendo era outra coisa, porque a gente tava num lugar que era um lugar meio difícil de conceituar

¹⁷ Disponível em: <https://keyt.com/lifestyle/community/2020/02/27/patch-adams-spreads-message-of-laughter-as-medicine-for-teddy-bear-cancer-foundation/> (acessado em 19/04/2021 às 14h36min)

porque não era o lugar do Patch Adams, porque a gente tava falando com médicos em formação; então não era a relação da ludicidade do Palhaço dentro do atendimento como ferramenta terapêutica de tratamento, né? Nem tão pouco era o trabalho dos Doutores [da alegria] que era de um grupo artístico de excelência, fazendo o trabalho do besteirologista; que, inclusive, essa relação do besteirologista a gente já negou de cara. Então a gente não sabia ao certo o que era, mas a gente sabia o que não era. E a gente entendia que, por exemplo, não fazia sentido seguir pelo caminho do besteirologista porque esse caminho da paródia do médico ele fazia sentido pra um ator, mas para estudantes de medicina isso jogava eles num espaço de extremo conforto. E em um lugar comum, que talvez pra prática médica de educação médica fosse pobre, porque era um caminho cheio do que a gente pode tá chamando de bengalas, né. Porque eram estruturas muito prontas, de piadas muito prontas, de chistes muitos estruturados, de gagues muito fechadas... e de alguma forma, acho por intuição, enfim, trazia esse entendimento de que não, o que a gente precisava pra aquela comunicação ali era exatamente esse vazio, esse estar de mãos limpas sem armas, esse... fortalecer essa relação de encontro entre os dois humanos, onde um se coloca na posição de ridículo como um palhaço e outro brinca a partir disso. Então foi nossa intuição e que bom que a gente teve ela, porque ela hoje permite a gente ter a identidade que a gente tem. (Gentileza)

Desse modo, pode-se perceber o caminho escolhido para a prática da palhaçoterapia por estudantes dos cursos de saúde em Pernambuco. O trilharam mesclando elementos já estabelecidos por outros grupos, como elementos mais clássicos da palhaçaria, a exemplo do nariz vermelho; como também reflexões mais pertinentes a futuros profissionais de saúde. Assim, a metodologia adotada visava colocar os alunos em outras dinâmicas bem diferentes das que teriam durante suas graduações.

3.2.1 PROJETO DE ENCONTRO E RISO TERAPÊUTICOS – PERTO

A palhaçoterapia na Universidade Federal de Pernambuco foi institucionalizada em 2011, coordenada pelo professor Bruno Severo Gomes do

Centro de Biociência (CB), e inserida no Projeto MAIS (Manifestações de Artes Integradas à Saúde), coordenado pela professora Leniée Maia, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), com o nome de Plantão da Alegria. Em 2014 ocorreu a mudança de nome do projeto, passando a ser nomeado de PERTO (Projeto de Encontro e Riso Terapêuticos). Atualmente os projetos continuam sendo coordenados pelos mesmos professores.

O PERTO é direcionado a alunos da graduação dos cursos de saúde da UFPE. Anualmente é lançado um edital de seleção para alunos extensionistas como voluntários, o projeto não possui bolsas. A última seletiva para compor o quadro da equipe foi realizada em 2019, nos meses de maio e junho. Devido a pandemia do novo coronavírus, não foram realizadas novas admissões; tendo suas atividades suspensas.

Na seleção de 2019, os candidatos se submeteram a duas fases, a primeira, uma entrevista, e a segunda, uma vivência (jogos teatrais e uso do corpo). Os selecionados passaram por um processo de formação, que consistiu em uma oficina ministrada por Gentileza. Essa formação é de participação obrigatória, “por se tratar de um meio de apropriação da arte *clown*, necessária ao (à) integrante em suas atuações semanais” (Edital de seleção, 2019 p. 6).

É importante destacar que a Oficina é paga pelos próprios alunos, na última seleção custando R\$180,00; o edital destaca que em caso da impossibilidade de o candidato arcar com tal custo, os integrantes antigos podem auxiliar a custear o valor. Dessa maneira pode-se também adicionar um outro fator para seleção, a classe – apesar de ser algo possível de ser contornado, o valor a ser pago se configura como mais uma barreira a estudantes pertencentes a camadas populares. Tal obstáculo pode ser uma explicação ao fato da maioria dos estudantes que participaram desta pesquisa se identificarem pertencentes a classe média. Assim, temos indicadores de que o PERTO se configura como um espaço seletivo, ainda.

A oficina de formação tem como maior objetivo a apreensão de conhecimentos e técnicas da arte *clown*. Devem participar de tal atividade todos os recém selecionados ao projeto e é aberta aos demais integrantes que desejem novamente passar pela experiência. Também há diálogos e dinâmicas que favoreçam as discussões relacionadas a inserção da palhaçaria no ambiente de saúde, e de como esse aprendizado poderá ser utilizado para além dos momentos de atuação da palhaçoterapia – tal questão será mais explorada no último capítulo

dessa dissertação, que se dedicará às reverberações do projeto extensionista na formação e práticas dos profissionais de saúde.

É uma formação de 52 horas de aula, é onde a gente tem uma formação na palhaçaria, que a gente chama de rito de passagem, que é essa iniciação à máscara do palhaço. (Gentileza)

A formação é basicamente um estudo da técnica da palhaçaria, pelo menos no meu entender, né? Onde a gente aplica as ações e os efeitos práticos dessa técnica, discutindo e tentando relacionar, tentando refletir, tentando aplicar no dia a dia de profissional de saúde, no dia a dia de atuação prática em hospitais e às vezes extrapola pra vida, mas a nossa temática, o nosso foco central do projeto seria realmente essa prática no HC. Então ter um objetivo, tem um... as pessoas que se encontram lá e a gente pode ser tanto os profissionais de saúde, tanto os colegas, tanto os pacientes, os acompanhantes, os visitantes, qualquer pessoa que esteja lá naquele espaço e que possa se abrir pra esse encontro, né, com a gente. Mas de certa forma eu acho que o modo, o modus operandi é esse, é através da arte da palhaçaria, através da técnica da palhaçaria, da manifestação artística a gente levar uma discussão de como isso pode se encaixar, como isso pode se aplicar no dia a dia da área da saúde, do dia a dia da nossa prática, da nossa profissão, do nosso saber enquanto estudante. (Cajuíno)

É uma formação meio de prática circense e a gente trabalha muito a questão tanto corporal, quanto a questão muito relacionada a se ver por dentro. É um processo muito pesado, não sei se ainda tá, mas era uma coisa que mexia muito com a gente. (...) Todo mundo ficava muito mexido, aquilo mexia muito com as emoções, com as questões pessoais, o tipo de relação... Você acaba criando um ambiente muito diferente do ambiente acadêmico que é muito competitivo, muito, e, às vezes impessoal; você demora muito para ter conexão com as pessoas que estão do seu lado, estudando com você há não sei quantos anos e no PERTO de alguma forma você consegue. Eu criei vínculos com pessoas que até hoje eu me mantenho muito mais

vinculado a elas do que as pessoas que estudavam comigo. (Lindovaldo)

(...) Desde as coisas mais simples, você tá andando, porque a gente tem uns exercícios lá e tem um que é caminhando pelo espaço e aí encontrei alguém e fiquei, você meio que para e fica olhando para a pessoa, tem encontros desse que são, assim, inesquecíveis. É algo tão simples como parar e olhar e também tem coisas mais assim elaboradas em outro sentido que a gente leva sempre, tem um diáriozinho de bordo, né, e a gente escreve um relato do que foi pra gente aquele momento e tal, e vinha muita coisa, né, vinha reflexões, vinha traumas de passado, vinha coisa aleatória, vinha de tudo. Então, era muito intenso por todos os lados, pela simplicidade, pela complexidade, por tudo que é canto. (Chico Bento)

Ainda sobre o processo de formação no PERTO, os questionei sobre de que maneira a humanização era abordada. Tal assunto também era trabalhado por Gentileza, não existindo a presença de um profissional da área de saúde como, por exemplo, o coordenador desse projeto extensionista.

A gente tinha alguma formação teórica, né, e nessa formação teórica tinha Gentileza, que é o formador da gente, lançava uma pergunta 'ah, mas por quê? O que é a humanização? O que é o ser humano?' isso e aquilo outro 'o que é a graça?' Ai a gente discutia sobre isso, discutia o que é esse ser humano, né. E a questão do palhaço tá ligado a esse ser humano por várias questões que falam da nossa fragilidade, né, de nosso nariz vermelho quando a gente adoece, tá gripando, quando a gente bate em algum lugar e fica vermelho, quando a gente toma um porre de cachaça e o nariz fica vermelho, quando a gente chora e o nariz fica vermelho, enfim... e eu acho que até desconstruir um pouco do que ou então quando a gente tá com raiva, né, muita raiva e fica com a cara vermelha. Acho que até desse ponto de vista teórico foi bem interessante porque meio que desfez, sabe, algumas ideias que a gente carregava de senso comum, de que a humanização 'ah, vamos levar a alegria!' e esse tipo de coisa, né, então é perceber que o humano é isso mesmo, é o se importar com o outro, é o ser indiferente ao outro, é machucar o outro, tudo isso tá dentro das possibilidades de ser humano, né, é ser

alto, ser baixo, tudo isso é ser humano. Então acho até que deu uma, esse discurso às vezes a gente traz, né, de senso comum do que é essa humanização, mas não já somos nós humanos? O que seria essa humanização? Quem é que precisa ser humanizado? Quem já não é humano, né? (Chico Bento)

Finalizada a formação, da linguagem do palhaço, os alunos extensionistas são considerados aptos a irem ao hospital realizar suas intervenções/atuações. As atividades são desenvolvidas no Hospital das Clínicas, hospital escola da UFPE, local onde ocorrem todas as ações do programa MAIS. Os extensionistas são previamente divididos em duplas, trios ou grupos e é realizada uma escala por setores a serem visitados por cada grupo.

As atuações dos integrantes do PERTO ocorrem semanalmente em diferentes setores do HC. São formados duplas, trios ou grupos, ainda no período de oficina, para atuarem no hospital. As equipes atuarão juntas durante o primeiro ano dos integrantes no projeto, depois do primeiro ano é possível que cada integrante atue com duplas de integrantes novos. Anualmente, novos integrantes entram no projeto e por isso novas duplas, trios e grupos são formados.

Os integrantes do PERTO comparecem nos horários e setores – previamente definidos pela coordenação do projeto – para a atuação. Ao chegarem ao setor, destinam-se ao Posto de Enfermagem para se informar sobre o andamento naquela semana, bem como para pedirem um lugar para que possam trocar de roupa, ou melhor: para vestir suas peles, como se referem.

O nariz vermelho adotado como parte da vestimenta de atuação tem um papel de grande importância, como foi possível perceber através das conversas. Sendo a partir dele construído o momento mais ritualizado da atuação dos extensionistas. Colocar o nariz de palhaço, ou como os entrevistados se referem “levantar ou subir o nariz”, é o momento em que se vira a chave e deixam de ser Carla, Chico, Célia etc. e passam a se demonstrar como palhaços.

A gente tem uma pele, que é nossa roupa de trabalho, a gente tem uma maquiagem que a gente coloca, o ritual em torno de subir a máscara, colocar o nariz, a gente geralmente trabalha isso de acordo com a dinâmica entre os próprios companheiros e a gente descobre aí como faz. Tem gente que faz uma dança, faz uma contagem, faz

um jogo, tem gente que é mais introspectiva lê a atuação passada, aí realmente não tem fórmula e eu acredito que a gente enquanto palhaço, enquanto prática dessas atuações a gente acaba circulando por várias, né, por questão de contato mesmo a gente atua com uma pessoa e aí naquela relação se dá que a melhor forma acaba sendo um jogo, a outra a melhor forma acaba sendo uma contagem, então, mas aí quando a gente consegue fazer esse momento que a gente se sente bem e subir a máscara e a gente coloca o nariz, o mundo ali, o setor se abre pra gente pelos olhos do palhaço, né. (...) não é que exista o EU e o EU Palhaço, né, seria outra pessoa, outro personagem, porque é impossível a gente dissociar os dois, então, só que eu acho que existe uma diferença realmente porque é um momento em que você se coloca, então não que a gente não possa fazer isso no dia a dia sem nariz, sem máscara, sem pele, a gente pode; a gente pode se colocar naquele espaço de encontro, de palhaço e atuar sem o nariz, mas eu acredito que a máscara ela tanto marca pra gente um ponto muito claro, como também para o outro, então é muito mais fácil para o outro identificar a gente enquanto palhaço quando a gente tá de máscara. Quando a gente sobe o nariz e, assim, o mágico realmente eu acho que é a abertura que a máscara dá nos outros. (...) Então eu acho que tem um ritual assim porque a gente precisa realmente ter a energia, estar conectado e a gente vem de uma rotina da semana inteira de aula, prova naquele dia, nossos próprios dramas interpessoais aí, da vida, e a gente precisa se colocar em um espaço, assim a gente fica muito livre pra se acontecer alguma coisa muito grave ou alguma coisa que não dê naquele dia, a gente puder trocar essa atuação, ir pra outro momento, sabe. Mas se a gente tá lá naquele setor, se a gente se dispôs aquilo, então a gente precisa subir a energia pra realmente chegar a um ponto que a gente esteja totalmente entregue, totalmente disposto à brincadeira. Então eu acho que isso é o que realmente marca o ritual ali da subida da máscara, da subida de energia; mas o mágico realmente eu acho que tá na percepção do outro, eu acho que ele entende o espaço melhor quando vê a gente com o nariz vermelho, a gente pode até entender isso por conta da formação e tal, mas o outro entender melhor com o simbolismo da máscara. (Cajuíno)

No momento que os dois estão com os narizes levantados, eles já não são mais Rai e Alice, e sim Luigi e Valentina. Assim que levantaram o nariz já começaram a atuar, ali no quartinho mesmo. Confesso que nesse momento me assustei, porque não sabia como agir naquela situação, fiquei extremamente envergonhada. Eles olhavam um para o outro, olhavam pra mim, estavam atuando e eu não sabia atuar. Trecho do diário de campo (BRITO, 2018)

Figura 04 – Ilustração representando o momento da subida do nariz



Fonte: Acervo pessoal.¹⁸

A subida do nariz vermelho se mostrou como um elemento importante para os participantes do projeto, no entanto Gentileza demonstrou não valorizar tanto tal momento. Ao mesmo tempo que reforçou a concepção de ritual.

Isso é uma coisa que eu acho engraçado, a potência que isso ganha. Mas sendo muito sincero eu não tenho muito apego nisso, não. Que é o seguinte: eu acho que a máscara, ela já traz isso por si só, né,

¹⁸ Ilustração inspirada em fotografia da autora durante seu campo em pesquisa anterior. Ilustração por Tássio Brito.

pela história das máscaras, pela relação delas de forma ancestral... (...) E aí eu não tô falando só do nariz vermelho. Eu tô falando do ocupar esse papel do ser palhaço. E a máscara vermelha é um elemento de muita significação e força dentro disso. E aí eu sei que esse elemento pra eles marca um apoderamento que de alguma forma traz essa ritualização. E aí não é potencializar o ritual, mas também não é negá-lo. A gente desfruta desse ritual, a gente pede como uma relação de vínculo deles com a experiência, que eles respeitem esse movimento e não como um elemento assim: 'Ah, vou montar um ritual xamânico agora', não, não é isso... É muito mais, como um ritual de quem se prepara para um brincar, e quando sobe a máscara é o já, já, a partir de agora eu tô brincando de palhaço. (Gentileza)

O nariz de palhaço e as peles (suas vestimentas) podem ser entendidos como máscaras utilizadas durante suas atuações. Assim como as máscaras empregadas em rituais carregam em si forças, transferindo energia, com funções essenciais e um sentido de mudança ou metamorfose (AMARAL, 2011) estas também possuem significado parecido.

Como foi possível analisar através das percepções dos integrantes do PERTO, acima relatadas, e do trecho do diário de campo da pesquisa anterior (BRITO, 2018) o momento da subida do nariz vermelho pode ser entendido como um fenômeno liminar, pela mudança de status de estudantes de saúde para palhaços. Diferentemente dos fenômenos liminares descritos por Victor Turner (1974) este se configura pela passagem de uma condição tida como superior para uma inferior. A figura do palhaço foi, várias vezes, apontada como a responsável por retirar os acadêmicos de uma relação vertical com os pacientes que estão em posição secundária, passando a uma relação horizontal. Ou seja, o palhaço partilha com o paciente esse lugar inferior.

Com suas peles vestidas e narizes levantados percorrem a área combinada interagindo, agora como palhaços, com pacientes, acompanhantes e profissionais do hospital.

(...) a gente coloca o nariz, o mundo ali, o setor se abre pra gente pelos olhos do palhaço, né. Então a gente tá ali aberto para o diálogo

para quem quiser encontrar a gente, pra quem a gente puder dialogar e eu acredito que nisso ai também não tenha muita regra, a gente vai atuar com aquela criança, com aquela pessoa na cama, com o acompanhante que tá passando no corredor, o técnico, com o rapaz da limpeza, com a enfermeira, com o médico, com a médica, com o estudante, com o colega, com quem for, com quem acontecer, então realmente a gente tá ali para o que acontecer. (Cajuíno)

As atuações no HC acontecem em todos os ambientes do setor predeterminado para cada equipe, de maneira livre, desenvolvendo jogos em rede buscando interagir com o máximo de pessoas presentes no espaço. Todos que estão nos setores podem escolher se participam ou não das dinâmicas. Terminam a intervenção quando julgam satisfatório e/ou pelo horário das refeições dos pacientes, visando não atrapalhar na rotina hospitalar.

O momento no qual retiram as peles e o nariz vermelho se assemelha ao momento de subida, também há um rito para a descida de energia e do nariz de palhaço. E o processo inverso, de deixar de serem palhaços para voltar as suas identidades.

Descrever o processo de seleção, a oficina de formação em palhaçaria e a rotina de atuações dos estudantes enquanto palhaços no hospital se mostra como relevante para as discussões seguintes. Nos próximos capítulos será melhor explanado de que maneira se inserem os debates de cuidado e humanização no PERTO e conseqüentemente na formação dos profissionais de enfermagem e medicina.

4 VESTINDO A PELE DA INTEGRALIDADE: EMPATIA, CUIDADO E HUMANIZAÇÃO

Cuidado e humanização são dimensões centrais nesta pesquisa. E se estabelecem de maneira indissociável uma da outra. Percebeu-se que a humanização está, na maioria das vezes, associada ao “bom cuidado”. Por este motivo, esse capítulo se ocupará com discussões sobre tais, bem como sua relacionalidade. Durante as conversas com os participantes do estudo uma outra categoria foi acionada de maneira expressiva, a empatia. Buscou-se então compreendê-la, bem como de que maneira esta dialogava com as demais. Isto posto, depreende-se que as categorias anteriormente mencionadas são partes constituintes do princípio de integralidade do SUS.

Parafraseando meus interlocutores, no momento em que se montam de palhaços eles vestem as suas peles, como visto no capítulo anterior, são as tintas, as roupas e o nariz vermelho que externalizam os seus personagens. Entendo que de forma semelhante que a empatia, o cuidado e a humanização compõem e externalizam a integralidade, o que será discutido neste capítulo.

4.1 EMPATIA

Nesta seção, nos dedicaremos a analisar uma categoria que surgiu através das narrativas dos meus interlocutores: a empatia. Tendo sido acionada com frequência na discussão sobre humanização. A partir disso, pude compreender que a empatia se mostra como o caráter mais externo da humanização. Fazendo uma analogia à vestimenta do palhaço, diria que a empatia corresponderia ao nariz de palhaço. O nariz vermelho sozinho não faz de uma pessoa um palhaço, como a empatia sozinha não torna um atendimento em saúde integral e humanizado.

Empatia, de acordo com o dicionário¹⁹, significa: habilidade de imaginar-se no lugar de outra pessoa; compreensão dos sentimentos, desejos, ideias e ações de outrem; qualquer ato de envolvimento emocional em relação a uma pessoa, a um

¹⁹ <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=empatia>

grupo e a uma cultura. Tais definições em muito se assemelham às que meus interlocutores utilizaram ao se referir a esta categoria.

Eu vejo o principal ponto da humanização no cuidado e assistência em saúde, em qualquer coisa, é empatia. A palavra-chave é empatia. (...) eu acho que a gente não precisa sentir na própria pele para poder pensar e se colocar no lugar do paciente, em relação as suas fragilidades, em relação a não saber mesmo sobre o desfecho da doença, o que pode acontecer com ele, então, acho que a assistência ela deve ser empática. (Jason)

Empatia apareceu quase sempre atrelada ao conceito de humanização. Quando questionados sobre esse último, geralmente recorriam ao primeiro em suas definições.

E aí, pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você ou alguém próximo. É ter empatia. (Célia)

O que é que eu entendo por humanização? Eu acho que tem muito a ver com ser, tipo assim, vejo muito como uma coisa de empatia. Você entender a situação da pessoa, tipo, sair um pouco da questão da doença e entender o contexto social que ela vive... (Lindovaldo)

Humanização é uma bandeira de um movimento que pretende levar uma forma mais empática e que se importe mais, né, com o outro humano. (Chico Bento)

Há uma série de estudos sobre a empatia na formação dos estudantes de saúde, principalmente de medicina, no campo da saúde. Segundo os quais a empatia é um dos aspectos mais importantes na relação entre profissional de saúde e paciente, refletindo em ganho de segurança e confiança; o que permite uma maior abertura para relatos de problemas, sintomas e dúvidas, contribuindo para o entendimento maior do profissional do caso, além de favorecer a adesão ao tratamento oferecido pelos profissionais (COSTA & AZEVEDO, 2010).

Nos referidos trabalhos, que se dedicam a analisar a empatia de acadêmicos de medicina durante a graduação e/ou médicos (as), são utilizadas escalas²⁰ para medir o grau de empatia dos pesquisados (COSTA & AZEVEDO, 2010); (ARAÚJO & TOLEDO JÚNIOR, 2020) (CLAUDINO *et al.*, 2020). As pesquisas apontaram escores de empatia elevados, sendo significativamente maiores entre as mulheres, reforçando a posição das mulheres no cuidado, que discutiremos mais à frente.

Tais estudos mostram a importância da discussão sobre a empatia na formação acadêmica dos futuros profissionais. Mesmo sendo entendida com forte relação com questões de personalidade dos pesquisados, bem como suas experiências pessoais, percebeu-se que a empatia pode sofrer alterações. Desse modo, compreende-se que há a necessidade de valorizar a discussão e promover incentivos precoces dessa habilidade nos cursos de saúde em momentos diversos de sua duração, no sentido de um maior desenvolvimento da empatia nos estudantes.

4.2 O CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado precisa de um olhar múltiplo. Sendo assim, esse trabalho irá discuti-lo privilegiando a multidisciplinariedade; visto que há ricos debates, principalmente no campo da saúde coletiva e da sociologia, para além, claro, da antropologia.

O conceito de cuidado, para Octavio Bonet (2014), é entendido como uma categoria situacional e metafórica. Enquanto categoria situacional tem mais fluidez e plasticidade, e como metaforizada se remete às diferentes “percepções-ações” entre profissionais de saúde, pacientes e seus acompanhantes.

Bonet (2014) reforça que o cuidado requer uma leitura ampliada. No seu caso, está não apenas se referindo à dimensão terapêutica, associada à saúde, mas também a ações que são realizadas pelos pacientes que não são consideradas ações de saúde, mas de cuidado. Nessas ações de cuidado são acionados os

²⁰ *Jefferson Scale Empathy – Students version (JSE-S)* e *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, são escalas desenvolvidas para medir a empatia em médicos e outros profissionais de saúde.

serviços de saúde, mas também de vizinhança. Ou seja, para ele, o cuidado compreende, também, a dimensão política de ações cotidianas do cuidar, seja dos profissionais ou dos usuários. Assim, para este autor, o “cuidado remete à proximidade, a um compromisso, a uma relação, a uma individualidade e, portanto, a uma escolha pessoal” (BONET, 2018, p. 29).

O cuidado, por seu caráter plural, é, por vezes, difícil de conceituar, quando nas conversas discutimos sobre o entendimento desta categoria foi comum haver a tentativa de explicá-lo por meio de exemplos práticos, de cuidado ou de “não-cuidado” (ou um cuidado inadequado). Como aconteceu no diálogo com Jason:

(...) é você ter gentileza no toque; não é porque o paciente não tá acordado, que não tem ninguém da família olhando... Tem gente que faz, por exemplo, vou dar um exemplo, existe é, sinais de busca de sensibilidade a dor, o paciente neurológico ele teve um AVC hemorrágico tá desacordado, tá em coma induzido ou então tá em coma mesmo. A gente às vezes avalia alguns parâmetros fazendo estímulo doloroso, antigamente se fazia pressão em mamilo, e outros, (...) que se faziam muito, né. Hoje em dia não é mais indicado, tu pega aqui essa parte aqui dos dedos e bota aqui no [Jason fez um movimento com a mão na altura da caixa torácica enquanto falava] na pessoa e faz isso com força, e tipo assim, eu nunca recebi, eu fiz agora aqui e já senti dor, tá? Então, as pessoas fazem, sobem assim no paciente, botam peso, fazem pressão e hoje são práticas que à luz das coisas mais modernas não são mais justificadas. A gente pode testar tanto com o uso de outros estímulos, tipo, pressão de unha que dói menos, mas os estudos mostraram que em relação à percepção, parece ser uma coisa menos agressiva, né, você pegar a unha do paciente e fazer somente uma pressão, é, pra quem tiver vendo se for um familiar, por acaso, ver isso, ele vai nem vê, na verdade, que tá segurando a mão dele; em vez de tu tá em cima dele fazendo isso aqui. Eu tenho certeza que a pessoa vendo no parente, ela não vai fazer isso aqui no paciente. Mas a realidade é que essas práticas já estão ficando um pouquinho pra trás, mas as pessoas continuam fazendo. A pessoa tá lá na UTI e só tem ele e a equipe, aquilo ali é normal, é do dia a dia da, da, da UTI, o médico vai lá e faz. (...) Eu trabalhei na UTI de um hospital de

referência, era uma UTI muito boa. A gente tinha as técnicas que cuidavam do paciente como se fosse, como se fosse um pai mesmo assim, dava banho, conversava com muito carinho, sabe assim... Nem todo paciente adulto tá apagado na UTI, mas ainda assim é um ambiente terrível pra quem tá acordado, é luz 24 horas, é barulho das máquinas o tempo todo. Então tudo que a gente puder fazer, tinha técnica que gostava de botar música para os pacientes ouvir, música que ele gostava deixava perto do leito. Eu acho que tudo que a gente puder fazer no sentido de deixar, o paciente nunca vai se sentir em casa na UTI, definitivamente, mas pra sentir mais confortável, se sentir bem cuidado, eu acho que tudo isso é válido. É... como eu disse a questão do estímulo, imagina: a pessoa teve alta da UTI e lembrar de alguma coisa, que as pessoas estavam apertando o mamilo dela, sei lá o quê, sei lá o que se pode passar pela cabeça do paciente. A gente tem coisas melhores pra fazer nesse sentido e em todas as outras práticas, as mínimas coisas se a gente puder refletir sobre o que a gente tá fazendo, a gente só tende a melhorar mesmo. (Jason)

Um dos grandes expoentes da literatura, na saúde coletiva, dessa temática é o José Ricardo Ayres (2005a) que, por exemplo, o analisou através de quatro categorias: a *ontológica*, a *genealógica*, a *crítica* e a *reconstrutiva*. Todas elas são importantes, mas para compreender a palhaçoterapia, é necessário perceber o cuidado através da categoria *reconstrutiva*.

Como categoria ontológica, o cuidado é tratado como uma construção que se caracteriza ao mesmo tempo pela compreensão filosófica e por uma ação prática direcionada da área de saúde que se adquirem na relação terapêutica, no contato entre profissionais de saúde e pacientes, no intuito de extinguir ou ao menos minimizar o sofrimento. Para esta noção de cuidado, Ayres utilizou-se da hermenêutica, percebida através de Martin Heidegger em seu livro *Ser e Tempo*, onde a partir da *Fábula de Higino*²¹, tece a elaboração sobre o cuidado, propondo-o

²¹ Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra,

como a categoria que mais consegue colocar os indivíduos em harmonia com um plano de imanência²², sem começo ou fim. Assim, para Ayres: “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar ‘porque’ se responsabiliza”.

O cuidado, como categoria genealógica, trata-o como expressão de formas de vida da civilização ocidental; diz respeito à noção de Foucault do cuidado de si. Para Ayres, Foucault relacionou o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida dos cristãos ocidentais.

O cuidado como categoria crítica refere-se à maneira de interação das práticas de saúde contemporâneas, delimitando-as às tecnologias formatadas como o campo institucional na área da saúde. Nos últimos três séculos, a racionalidade vem orientando o horizonte normativo da saúde pública. Racionalidade essa, cada vez mais científica e tecnológica, que apresenta consequências positivas e negativas. Por um lado, é importante destacar a aceleração e ampliação dos poderes dos diagnósticos, a melhoria no prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes. Do outro lado, a ditadura dos exames complementares, o grande fracionamento do paciente e da medicina em especialidades, custo elevado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O cuidado como categoria *reconstrutiva* refere-se à possibilidade de um diálogo entre a tecnociência médica e o cuidado, construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. A interação terapêutica deve utilizar-se da tecnologia, mas não se limitar a ela. Percebe-se então a importância do cuidado nas práticas de saúde; desenvolver atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde (AYRES, 2005a).

Como sugeriu Paulo Henrique Martins (2015), a emergência do cuidado como elemento de mediação na relação entre profissional de saúde e paciente não se limitaria apenas ao exercício prescritivo, mas também envolveria a participação solidária e a responsabilização do paciente no funcionamento do sistema de saúde.

Martins (2015) no esforço de entender o cuidado recorreu ao conceito de *dádiva* de Mauss (2005). Analisando assim que o profissional e o paciente não são

por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra)’ normal. (Heidegger apud Ayres, 2005 p. 92)

²² Ayres (ibid) p. 95

categorias que se excluem. Na mediação pela *dádiva* os elementos afetivos, técnicos e funcionais presentes naquele momento são reprogramados pela experiência de troca de bens simbólicos.

Ainda para Paulo Henrique Martins (2015), a relação entre a *dádiva* e o *reconhecimento* é determinante para o avanço na perspectiva do cuidado como mediador simbólico na saúde. O valor simbólico do *reconhecimento* na geração de um bem-estar que alarga as significações da saúde emerge através de signos de *reconhecimento* (como a capacidade de reconhecer o outro como igual a ele próprio) que circulam como *dádivas*. Com isso, a leitura do reconhecimento como simbolismo da ação leva necessariamente a uma aproximação entre *dádiva* e *reconhecimento*, já que *reconhecer* é uma *dádiva* estruturante primordial. Isto porque gera um bem-estar ligado a visibilidade política, a solidariedade e a dignidade moral do indivíduo.

4.2.1 CUIDADO E RECONHECIMENTO

As práticas em saúde podem ser compreendidas pela execução de procedimentos técnicos com um determinado objetivo, a partir do conhecimento científico. Todavia, partindo do entendimento do cuidado enquanto categoria reconstrutiva, destaca-se que a utilização das técnicas e saberes na atenção à saúde implica em uma dimensão relacional, tais interações necessitam dedicar-se ativamente ao demandante do cuidado, para a efetivação e legitimação dessa categoria (WERNET *et al.*, 2017).

As interações intersubjetivas são fundamentais para o cuidado integral

bem como o acolhimento, responsabilização e expansão de horizontes, capazes de fazer de ambos – cuidador e demandante do cuidado - sujeitos autônomos e criativos na construção de padrões normativos de saúde, compatíveis com os valores e necessidades pessoais e socialmente satisfatórios (WERNET *et al.*, 2017, p. 4).

Dessa forma, a Teoria do Reconhecimento proposta por Axel Honneth (2003) comunica-se com o “horizonte normativo”²³ do cuidado ao discutir sobre abertura ao outro por meio do respeito aos direitos, valores e interesses. O cuidado apresenta-se

²³ WERNET e AYRES, 2017, p.4.

intimamente relacionado às experiências singulares e intersubjetivas, valorizando a qualidade do encontro e da interação, bem como os modos de relacionamento com as pessoas. Assim sendo, a partir da intersubjetividade compreende-se o impulsionamento da emergência das particularidades culturais, sentidos, experiências e entendimentos de afeto, justiça e respeito.

O indivíduo se configura no encontro e na interação com o outro. Sendo um processo contínuo e relacional, mediado pelo coletivo e afetando-o, direta ou indiretamente. Para Axel Honneth, cada forma de reconhecimento – Amor, Direito e Solidariedade – têm uma autorrelação prática do sujeito (respectivamente, autoconfiança, autorrespeito e autoestima). Quando acontece a quebra de alguma dessas autorrelações pelo desrespeito, então surgem as lutas sociais. Não há, portanto, diferença entre as relações estabelecidas na esfera da saúde. As discussões sobre cuidado, humanização e integralidade remetem precisamente às dificuldades de superação de tais quebras, que geram o não-reconhecimento dos sujeitos.

Para o reconhecimento do outro se pressupõe o estabelecimento de uma relação simétrica e horizontal, onde os sujeitos partilham do mesmo horizonte normativo respeitando-se. Nas práticas de saúde que visam o cuidado integral e humanizado, atenta-se para essa questão. Visando a construção da relação entre profissionais de saúde e os usuários que permita o reconhecimento de ambos.

A preocupação com este tema foi levantada na conversa com o médico Jason.

Conversar com o paciente sem ser somente por parte da consulta, é fazer dele também uma pessoa ativa dentro da doença dele. Então, não é que ele chegou pra mim e ele quer que eu passe um remédio e o remédio vai melhorar, não, vai depender do que ele vai fazer. Do que ele vai achar melhor de acordo com as opções que eu tenho pra dar, vai depender do que ele pode arcar, com o que SUS pode dar. Tudo isso eu divido a responsabilidade com o paciente e eu acho que a consulta sai mais forte assim e a relação sai mais forte também.

Jason exemplificou, desse modo, o reconhecimento do paciente pelo profissional. De maneira a permitir uma maior autonomia dele em frente ao seu problema de saúde, o doente não é tratado apenas como passivo nesse processo, mas assumindo seu papel de protagonista.

Pode, também, ser compreendida na relação entre os profissionais no ambiente de trabalho. Há na sociedade uma divisão hierárquica entre as profissões, onde os médicos ocupam um lugar de amplos privilégios. Na área da saúde, os profissionais de medicina estão no posto mais alto, seguidos pelos de enfermagem (de nível superior), havendo, cabe destacar, grande distância hierárquica. A busca pela criação de relações horizontais entre trabalhadores também foi discutida com os meus interlocutores.

O médico, de maneira errada, é muito visto como se ele fosse o chefe das pessoas muitas vezes nas equipes de saúde, né. Então, no posto de saúde é como se você mandasse, por isso o pessoal vai lhe tratar dessa maneira; mas você não necessariamente tem que assumir esse papel. (...) E o que eu queria destacar é tentar manter as relações de maneira horizontal e não se colocar como chefe de nada e eu acho que eu tenho um perfil, é, de fazer as pessoas...tem aquele cuidado de chamar de doutor, de chamar de senhor, mas eu boto tudo isso abaixo. Doutor é quem tem doutorado, e senhor eu sou mais novo que muitos dos meus pacientes. Então, eu sempre tiro essas coisas da frente, o pessoal continua mais porque é costume. Mas dentro da equipe eu tento sempre manter as coisas em um nível parecido, acho que isso facilita a convivência e cria laços mais sinceros, inclusive, sem ser aquela coisa paternalista e tal. (Jason)

Em posição diferente ao médico, a enfermeira Francisca também comentou a relação entre profissionais. Nesse caso, entre enfermagem e medicina:

Eu vejo muito do seu posicionamento quanto profissional, né, no momento que eu entendo qual é o meu papel ali e que ele [médicos] respeita o meu papel e que eu o respeito, a gente tem cada um o seu espaço e isso enriquece muito. Porque a gente consegue ter uma troca, né, o que é que eu enquanto profissional que estou o dia todo com o paciente posso acrescentar, né? É simplesmente prescrever uma quimioterapia, mas eu sei que aquela paciente quando ela tem a

queda das taxas dela, ela tem uma, por exemplo, uma predisposição a desenvolver uma complicação, né, que a gente tem até um nomezinho que é a Colite, né, pra dizer uma coisa que eu tô vivendo agora, e muitas vezes ele não lembra disso, que na outra vez que a paciente internou fazendo a quimioterapia, ficou assim, complicou... Porque ele tem vários pacientes e às vezes ele só veio olhar ali naquilo e aí eu tenho o meu papel de dizer 'oh, doutor, lembra que essa paciente ficou daquele jeito, o que é que a gente pode fazer? Vamos botar um antibiótico profilático, né, pra evitar que ela tenha...' Então isso a gente constrói, né, constrói; vai muito também, é uma via de mão dupla, né, de como ele vai aceitar aquilo, é muito da relação, né. Eu também não vou dizer se a pessoa não quer ouvir, mas a gente faz e eu faço pelo paciente, né. Porque aquele paciente poderia ser eu, poderia ser alguém da minha família, então eu faço às vezes independente, às vezes, do que ele vai achar ou não.

Também sobre a profissão e o trabalho Francisca aborda aspectos do não-reconhecimento:

E aí é assim, chateia um pouco, né, assim, nessas questões da diferença, da valorização, mas cada um no seu espaço, né.

Ressaltando, assim, não apenas o não-reconhecimento nas relações cotidianas entre profissionais como também as noções de respeito que atinge o indivíduo, membro da sociedade.

Historicamente a enfermagem tem seu conhecimento pautado no cuidado humano. Desse modo, esse campo se ocupa e define em torno dessa categoria (SANTOS, 2020). Na literatura da área, o cuidado é entendido como essência da profissão (VALE & PAGLIUCA, 2011), que coaduna com a fala da enfermeira Francisca:

O cuidado ele é meio que a definição da minha profissão, né, a enfermagem sem o cuidado ela não é nada, né. Ela é uma ciência, mas ela é uma ciência que perpetua na forma da gente cuidar daquele paciente e eu acho que o cuidado, ele pode ser demonstrado por diversas formas, não só o cuidado físico, realmente, que é uma coisa, né, um procedimento, uma coisa que é da minha alçada, né, uma administração da quimioterapia, eu

deixando claro pra ele quais são os benefícios, os riscos daquilo ali no momento da infusão na pele, os efeitos colaterais, mas o cuidado também que eu digo, o cuidado é, como eu posso dizer, o cuidado emocional, sabe, é, os aspectos como todo, tem tudo a ver, né, que é o vínculo e tudo. Eu acho que o cuidado é isso, né, é a gente entender que ali não é simplesmente um corpo, né, que tem uma doença; aquilo dali é uma vida que tem sua história e que ela é muito mais que um diagnóstico, né, ela é um ser humano que está sofrendo por tudo aquilo e que precisa ser abraçada por diversas formas, então cuidado é tudo.

Como apontado por Bruna Santos (2020), a enfermagem é entendida como uma ciência que cuida das pessoas. Diferindo-se do cuidado comum, este é baseado em princípios científicos. Justificando-o como profissional e técnico. Destaca-se, também, que essa categoria de trabalhadores ocupa o posto mais alto no trabalho de cuidado (devido a obrigatoriedade da formação em nível superior).

4.2.2 O GÊNERO DO CUIDADO

Mesmo não sendo central a este trabalho a categoria gênero, é impossível dissociar essa dimensão na discussão sobre o cuidado. Principalmente por este trabalho tratar da formação de profissionais de enfermagem, onde também se faz importante analisar esse aspecto.

As mulheres sempre estiveram mais relacionadas ao cuidado, em suas mais diversas vertentes e em diferentes contextos ao longo da história. Seguindo a lógica patriarcal²⁴ de que as mulheres naturalmente eram dadas ao cuidado do outro e da casa, ao doméstico.

O cuidado pode ser considerado um trabalho emocional, já que existe uma intensa relação de emoções entre quem cuida e quem é cuidado. Dentro da divisão

²⁴ adotando o conceito escrito por Scott (2011): “Patriarcalismo é um termo único que sintetiza a articulação entre três hierarquias diferentes de poder: Gênero, geração e classe. É o retrato da desigualdade. Patriarcalismo abrange, com particular clareza, duas esferas - a pública e a privada - insistindo na estreita relação entre elas. Assim, incorpora uma ambivalência que permite representar, simultaneamente, regras e códigos firmemente estabelecidos, e práticas transgressoras dos mesmos. Patriarcalismo integra noções de ideologia, religião, ética e nacionalismo.”

sexual do trabalho, o emocional foi posto a cargo das mulheres. Visto que elas são orientadas às funções que requerem mais afetividade, sensibilidade, delicadeza, gentileza, entre outros; e aos homens são atribuídas funções que exigem agressividade, frieza, rudeza etc. Prerrogativas estas que correspondem à dicotomia homem/mulher dentro do patriarcado (SOARES, 2013).

Como apontado por Helena Hirata e Danièle Kergoat (2007), a divisão sexual do trabalho é resultado das históricas relações sociais de sexo em cada sociedade. Se caracteriza pela orientação dos homens ao ambiente produtivo e das mulheres à esfera reprodutiva, consequentemente atrelando ao masculino funções de maior valor social agregado, como atividades religiosas, políticas, militares etc. Esta segmentação social do trabalho se constitui em dois princípios de organização “o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio de hierarquização (um trabalho de homem “vale” mais do que um trabalho de mulher)” (HIRATA & KERGOAT, 2007, p. 599). Tais princípios podem ser empregados tendo como base o processo de legitimação através da ideologia naturalista. Na qual o gênero é empurrado para o sexo biológico, reduzindo as práticas sociais a papéis sociais sexuais. No entanto, este entendimento de gênero proclama que práticas sexuais são construtos sociais, ou seja, são resultado das relações sociais.

Vale ressaltar que essa divisão sexual das emoções, e consequentemente do trabalho, foi socialmente formatada, onde as “características femininas” são tidas como inferiores e em momentos particulares, como no cuidado com o outro, podem ser entendidas como superiores, porém dificilmente são entendidas como igual as “características masculinas” (SOARES, 2013).

A sociedade regida pela dominação masculina determinou às mulheres os empregos menos apreciados e com isso menos remunerados. A divisão sexual do trabalho impôs ao feminino atividades precarizadas, como mais uma forma de ratificar sua posição inferior. Assim, as cuidadoras possuem baixo *status* social, logo, são mal remuneradas, também se estende às empregadas domésticas, que também preenchem o quadro de trabalhadoras do cuidado.

O trabalho de cuidado abarca uma série de atividades materiais e de relações que consistem em respostas concretas às necessidades dos outros. Com isso, pode

ser indicado como uma relação de serviço, assistência e apoio – sendo remunerado ou não. Ou seja, resulta num sentido de responsabilidade à vida e ao bem-estar do outro (KERGOAT, 1996).

Por encontrar-se associado às necessidades dos outros, o cuidado era exercido por mulheres no interior dos lares, de forma gratuita e por amor (HIRATA, O trabalho de cuidado, 2016). Reforçando ainda mais a invisibilidade desse trabalho e com isso a associação de que ele não tem valor.

Com o passar das décadas houve mudanças na estrutura do trabalho de cuidado. Possivelmente ocasionada pelas alterações na estrutura etária da população mundial e, também, pela inserção das mulheres no mercado profissional, há o desenvolvimento de profissões associadas ao cuidado. A partir da mercantilização dessas atividades elas tornaram-se visíveis e remuneradas. E dessa maneira se constituem como emprego passível de ser exercido por homens (HIRATA, 2016). No entanto, ainda é majoritariamente feminino.

As profissões relacionadas ao cuidado, como dito anteriormente, são pouco valorizadas, e no geral possuem baixo salário. Com isso, as cuidadoras são trabalhadoras em situação de grande precariedade. Sabendo-se que essa parte mais sensível dos trabalhadores tem raça e gênero bem definidas, são as negras²⁵ que estão mais presentes nas atividades relacionadas ao ato de cuidar (cuidadoras de idosos, crianças, deficientes, trabalhadoras domésticas etc.).

Os dados obtidos nessa pesquisa corroboram essa expressiva presença de mulheres relacionadas ao trabalho de cuidar. Mesmo que se destaque a técnica adotada, bola de neve, estudantes e profissionais de enfermagem foram todas do sexo e gênero feminino; enquanto os de medicina todos masculinos.

Como visto anteriormente, as enfermeiras²⁶ são consideradas como o emprego mais alto no mercado do cuidado, tendo em vista sua especialização e consequente formação acadêmica²⁷. A medicina²⁸, mesmo que muito próxima da

²⁵ Para uma discussão mais aprofundada sobre o perfil das trabalhadoras relacionadas ao cuidado ver HIRATA (2016); HIRATA e KERGOAT (2007).

²⁶ Irei utilizar no feminino visto a maior prevalência de mulheres na enfermagem, bem como por ter dialogado apenas com mulheres desse curso.

²⁷ Existem outras profissões de saúde que exigem nível superior, que também estão associadas ao cuidado, como a fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia etc. Que também ocupam posições na hierarquia de *status* social,

enfermagem, busca um distanciamento enquanto forma de valorização. Se a primeira “cuida das pessoas”, a segunda “salva vidas”. Na dicotomia do modelo patriarcal, a medicina se associa ao homem, ao científico e a enfermagem à mulher, ao afetivo.

Tal diferença nas valorizações dessas duas profissões reverberam diretamente na diferença salarial dessas categorias. Os médicos possuem salários muito superiores aos das enfermeiras. Podemos ilustrar essa diferença entre meus interlocutores, que possuem idades semelhantes, formados pela mesma universidade e em início de carreira (todos os profissionais entrevistados concluíram o ensino superior há menos de 04 anos). A remuneração recebida por Lindovaldo, enquanto médico residente, é de aproximadamente R\$4.500,00; Francisca, enfermeira residente, recebe cerca de R\$2.900,00. A enfermeira Célia tem como sua remuneração pessoal aproximadamente R\$5.000,00, o médico Jason obtém em torno de R\$18.000,00, ambos acumulando dois empregos. Refletindo também, como já discutido anteriormente, na hierarquização dos profissionais nos locais de trabalho.

Os integrantes, tanto do PERTO como dos demais projetos extensionistas de palhaçoterapia, de acordo com Gentileza, foram e são majoritariamente do sexo feminino, o que corrobora com esta discussão sobre o gênero do cuidado. Como também aponta complexidades. Historicamente o humor e as artes eram ocupados por homens, igualmente na palhaçaria. E embora a figura do palhaço esteja fortemente associada ao masculino – atualmente as mulheres conquistaram mais espaços – nesses projetos estão muito atrelados ao cuidado e a humanização o que possivelmente impacta na ocupação desses lugares.

4.3 A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

O conceito de humanização se caracteriza pela sua polissemia. Esta temática vem sendo discutida há várias décadas, como mostram Juliana Casete e Adriana Corrêa (2005) ao fazerem uma revisão da literatura sobre humanização em saúde,

não sendo aqui discutido pela delimitação deste trabalho às profissões, de nível superior, mais comuns em ambientes hospitalares.

²⁸ A divisão sexual das áreas de atuação médica não está sendo considerada no momento, já que este estudo se limita a formação generalista desses profissionais.

com o objetivo de compreender as concepções que são utilizadas sobre a referida categoria. As autoras identificaram que nos textos publicados entre as décadas de 1950 e 1980 a humanização se estabelecia numa perspectiva marcada pela caridade: o paciente é considerado frágil, dependente e vulnerável; despertaria a piedade dos profissionais de saúde, estes seriam valorizados por sua doçura e caridade. No entanto, a partir da 1990, há a valorização do usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos. Reivindicando o estabelecimento de relações saudáveis e responsáveis entre os sujeitos que compartilham saberes, experiências e o compromisso ético e político.

Como vimos no primeiro capítulo, há concordância na PNH com o entendimento – repara-se na utilização do termo “entendimento” e não definição, destacando que a PNH não adota uma definição exata da humanização – de humanização descrita nos trabalhos a partir da década de 1990. Com a valorização dos diversos atores no processo de produção de saúde, corresponsabilidade na atenção e gestão em saúde; construção de vínculos solidários; identificação das necessidades sociais etc. (TRAD, 2006).

O entendimento da humanização no campo da saúde, de maneira geral, pode ser compreendido mais facilmente em sua contraposição a desumanização das práticas médicas.

Desse modo, podemos pontuar alguns aspectos que caracterizam a desumanização no campo médico como, por exemplo, a ordem social desigual, racista e exploratória, reflexos do sistema no qual está inserido, onde suas lógicas e critérios segregacionistas influenciam o sistema de saúde; a racionalidade científica e a tecnologia ocidental, cujas tendências à fragmentação e especialização dificultam uma visão holística do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a participação dos pacientes nas tomadas de decisões médicas; a subcultura médica e sua organização profissional: suas formas de auto-regulação e proteção contra a crítica e supervisão externa, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica e, por fim, a forma de tratar as pessoas como coisas. Vê-las como problemas e tratá-las de forma objetiva e distanciada são consequências evidentes da racionalidade biomédica, manifestada no modo como a medicina vem construindo seu objeto e sua identidade como prática social (GEIGER, 1975 *Apud* DESLANDES, 2006).

Assim como o cuidado, a humanização também se mostra como de difícil conceitualização. Vários autores, em especial no campo da saúde coletiva, se dedicaram a estudar tal definição (DESLANDES, 2004; AYRES, 2005a; CAPRARA & RODRIGUES, 2004).

A humanização, nesse contexto, pode ser definida a partir do que José Ricardo Ayres (2005b) escreveu sobre esse termo. Para este autor, a humanização pode ser vista como um ideal de construção de uma livre e inclusiva relação composta por diversos sujeitos no cenário da organização das práticas de atenção à saúde. Esta relação seria propiciada por interações simétricas, que suscitam um entendimento mútuo entre os envolvidos e elaboração consensual de suas verdades e valores.

Através das conversas com médicos e enfermeiros, que participaram desta pesquisa, foi possível perceber como o entendimento de Ayres (2005b) coaduna com o levantado em algumas respostas a respeito da humanização. Como visto anteriormente, os meus interlocutores ao falarem sobre esta categoria relacionavam, frequentemente, com a empatia.

Na conversa com o médico Jason perguntei o que ele entendia por humanização e sua resposta segue na direção de uma construção de relação menos hierárquica e que valoriza a qualidade da comunicação entre médico e paciente.

Quando eu trabalhei em UTI por um ano, e eu ia ver os pacientes da UTI tratava como se fosse familiar meu mesmo, assim, com respeito, toda questão do cuidado. As pessoas às vezes, o paciente tá ali "dormindo", né, enfim, as pessoas esquecem, falam coisas terríveis em relação aos prognósticos "esse aí já morreu" tudo isso, sabe? E eu tentava puxar muito isso pra mim no contexto da UTI e no posto de saúde o que eu acho das coisas que mais impacta no cuidado na maneira geral é saber das coisas, né, então eu tento explicar ao máximo pro meu paciente tudo o que eu puder sobre a doença dele; até às vezes quando eu noto que ele não tá muito interessado, mas eu ainda faço um esforço em ser didático, desenho (...) Então, o médico ele tem que ter cuidado com a linguagem do que ele tá tentando passar e tentar simplificar também o assunto, mesmo que se torne esdrúxulo que o paciente ache mesmo que a cirurgia foi feita

por laser, não existe cirurgia por laser, quer dizer de olho existe, mas de barriga não. Mas “tirei minha vesícula, tirei minha vesícula por laser”, isso não existe, isso é uma simplificação absurda; mas quando eu hoje falo pro paciente que a gente tem como, não precisa mais de cirurgia aberta, que pode fazer por laser hoje em dia, minimamente invasivo, ele fica feliz porque sabe que vai ser uma coisa pontual ali e fica mais confiante de poder fazer a cirurgia. Então é basicamente isso... No posto de saúde o jeito que a gente mais humaniza o tratamento é tratando a pessoa bem, claro, como a gente deve tratar todo mundo, até os inimigos como diria Jesus e informá-los do que ele tem, eu me julgo uma fonte, uma fonte, é, de conhecimento sobre a doença do paciente, longe de vieses (...); se o paciente ele for colocar o que tem no Google ele vai saber que tem câncer e aí vai assustar, vai ter todos os problemas, né. Então se esse paciente tem que ser informado eu acho que tem que ser por mim, e aí eu acho que a melhor forma de levar as consultas de maneira humanizada, eu acho que o principal ponto é esse. (Jason)

O estudante de medicina, Cajuíno, quando conversávamos sobre o que era aprendido no que diz respeito a humanização na graduação, fez considerações sobre o entendimento de humanização.

Eu entendo que seja humanização também quando o professor diz que a gente tem que escutar o paciente porque muitos deles são do interior, então sai muito cedo de casa, então a gente precisa chegar no horário, a gente precisa atender eles bem, a gente não deve tá numa consulta dividindo a nossa atenção com o celular ou conversas paralelas, entende, tá ali prestando atenção ao paciente, tentar entender, respeitar a questão do horário. (Cajuíno)

A estudante de enfermagem Tulipa também ressaltou a importância da comunicação e como essa questão é ensinada no curso, no quarto capítulo será melhor discutido o processo de formação.

A enfermagem atua no cuidado do paciente. A gente sempre foi orientado no curso pra quando for fazer a anamnese, que é a entrevista com o paciente, ter uma forma de falar adequada, sabe? A linguagem que você vai utilizar se é uma linguagem

também adequada que o paciente possa entender. E não fazer algo mecânico, porque muitos profissionais focam... dizem até porá você não se apegar, pra você não interagir tanto, sabe? E eu acredito que o cuidado vá além disso.

As falas de Jason, Cajuíno e Tulipa nos levam a uma outra relação a partir da humanização, que é com a comunicação. Assim, é possível analisarmos como a humanização se mostra importante no processo comunicacional e consequentemente na relação profissional de saúde e paciente. Maria Julia Paes da Silva (2002) também destaca a importância da comunicação no atendimento, “devemos então, como profissionais de saúde, nos preocupar em desenvolver uma comunicação efetiva que nos permita ser empáticos, pois só assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, o seu ponto de vista” (p.82).

Gilvânia Moraes *et al* (2009) aponta a comunicação como um valioso instrumento de humanização, os autores referem-se aos profissionais de enfermagem (mas entendo que podemos expandir para os demais trabalhadores da saúde) e desse modo “dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização” (p.324).

Considerando esses aspectos é inegável a importância da comunicação para um atendimento humanizado, visto que é através dela que se dá relação entre profissionais e usuários. Neste sentido a “comunicação humanizada” muito se assemelha à concepção de polidez do filósofo André Comte-Sponville (2009). Para o filósofo a polidez não é em si uma virtude, porém é essencial para tal. Para o nosso caso, um profissional de saúde *bem-educado* é importante para estabelecer uma relação harmoniosa com o usuário, entretanto o atendimento humanizado não se restringe a isto.

O médico Lindovaldo, ao ser questionado sobre o que entendia por humanização, também teve uma resposta direcionada a um atendimento mais inclusivo e que fosse para além da doença.

(...) Você entender a situação da pessoa, tipo, sair um pouco da questão da doença e entender o contexto social que ela vive, como

são as relações dela e tentar de alguma forma oferecer um tratamento que consiga incluir bastante ela, sabe, tipo assim, que ela possa tá nessa mais do que, do que normalmente a gente vê de entrar e se implicar com o tratamento ou cuidado... E talvez também ser em alguns contextos menos (...) ser talvez menos invasivo, permitir com que as outras formas de cuidado elas consigam complementar, sabe, o cuidado, tipo, a parte religiosa, a parte de outras práticas de saúde; eu acho que isso tudo funciona de uma forma complementar. (Lindovaldo)

Cajuíno, estudante de medicina, tem um entendimento de humanização muito próximo ao de Lindovaldo:

Humanização, pra mim, em saúde eu acredito que é você não vê alguém como uma doença (...). Você precisa buscar respeitar todas as esferas dele, então existe a esfera psíquica, existe a esfera física, a esfera espiritual, a esfera mental; então não adianta a gente também entender a psiquiatria, a psicologia e explicar o sofrimento psíquico dele, explicar o sofrimento físico dele, mas se ele tem uma escolha e às vezes existe essa escolha, por exemplo, dentro da religião (...). [Você pode achar] certa a escolha de tratamento terapêutico e ele não aceitar por conta da religiosidade dele, você também tem que entender, então a gente não pode hierarquizar o que seria algo mais importante ou menos importante [para o paciente]. Seria entender e tentar buscar o melhor convívio, a melhor aproximação possível com essa pessoa, respeitando todas as esferas que fazem parte daquele ser, né. Pra mim humanização seria isso, seria ressensibilizar a gente a entender uma pessoa como uma pessoa.

Tulipa também compreende a humanização como uma forma de perceber o paciente para além de sua doença:

Na prática eu acredito que a humanização é assim essa questão de você ver além do quadro clínico, sabe? Você saber que quem tá ali vai além da doença, sabe? Tem uma história, tem uma família, sabe? Tem muitas coisas além disso, e você tem que ter essa visão guiada pra ter esse atendimento mais humano mesmo, sabe? Você não chegar, por exemplo, porque tem profissionais que nem fala com o

paciente, ou não pergunta o nome ou não dá nem um bom dia... não procura ver além do que tá ali. Ah, é pra prescrever essa medicação, eu vou lá aplico e saio, sabe? Eu não procuro “Você tá bem? Como é que você tá?”, sabe? Ter esse contato, se envolver, né? Aí eu acredito que é isso, fazer algo mecânico.

Carla, estudante de enfermagem, também percebe a humanização como uma forma de enxergar o usuário:

Então, pra mim, eu acho que humanização é você conseguir olhar o outro, enxergar e não simplesmente ver, sabe. É você conseguir encontrar aquela pessoa, assim, além do que você foi ali fazer. Além do eu (Carla) ser uma enfermeira e aquele ser um paciente, é eu enxergar ele, eu (Carla) humana e conseguir realmente enxergar outra pessoa; que tem necessidades muito além, sabe... Pra mim, assim, no ofício humanização pra mim é isso. E acho que é uma coisa que se aplica, pra eu (Carla), no dia a dia não tem como dissociar: eu enfermeira e eu na minha vida, sabe, eu acho que é essa delicadeza de você conseguir enxergar realmente o outro, e não somente ver, sabe, enxergar mesmo assim.

O entendimento que as enfermeiras apresentaram sobre humanização estão mais relacionados com uma dimensão mais pessoal do convívio entre profissional e paciente. Acredito que isso se deve pela própria especificidade da profissão, que é caracterizada muito mais pelo contato com a pessoa que está doente. Cuidado e humanização estão muito mais imbricados para estes trabalhadores, sendo até mesmo difícil separar as falas que tratam de cuidado e humanização.

Humanização? Ai meu Deus, humanização é o ápice! Assim, não existe cuidado sem humanização, né... (Francisca)

É, como é que eu posso te explicar... No que eu vejo de humanização é deixar ela (se refere a mulher gestante) tomar, na minha área assim, é deixar ela tomar decisões baseadas no conhecimento que a gente passou pra ela; no caso seria você se colocar também no lugar do outro, saber quais são as melhores opções pra ela, pra aquela pessoa, não só porque o livro e a literatura diz, mas o que ela tá precisando no momento. É se colocar mesmo, e se fosse eu nesse lugar? o que é que eu ia querer? Ai

também acho que faz parte da humanização, se colocar no lugar para daí então saber o que ela tá precisando de verdade, fazer ela tomar as decisões corretas de acordo com o que é passado com ela. (Margarida)

(...) Quando eu penso assim em humanizar, inclusive, lá agora nesse hospital de campanha (hospital de campanha para o enfrentamento da COVID-19) eu briguei com enfermeira do dia porque eu fui saber informação de uma paciente e ela disse que isso era falta de ética dá informação, só que nesses tempos de pandemia eu acho que nem só, nem ética tem que tá acima de tantas coisas assim. É... onde a família não tem acesso ao paciente, o paciente não tem acesso a família, não é uma questão ética você, de desética no caso, sei lá, você não tá faltando com a ética porque você tá dando uma informação a quem tá há 14 dias sem saber de um familiar... E aí pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você e alguém próximo. É ter empatia. (Célia)

Assim como a literatura sobre o tema, os meus interlocutores não apresentaram uma definição e sim entendimentos amplos que embora sigam a mesma direção abordam por diferentes aspectos. No capítulo seguinte discutiremos de que maneira o debate sobre a humanização em saúde está presente nos currículos dos cursos de medicina e enfermagem.

4.3.1 A PANDEMIA DA COVID-19 E O ATENDIMENTO HUMANIZADO

O contexto pandêmico acentuou desafios na produção de saúde. Fosse pela ineficiência do Estado no combate à pandemia (como já mencionamos no segundo capítulo), pelo ineditismo da doença e mesmo pelo forte movimento negacionista – inclusive por parte de profissionais de saúde. Portanto, o período que atravessamos suscitou o questionamento sobre como esta crise de saúde contribuiria na humanização e/ou desumanização da saúde.

Desse modo, não havia como conversar com profissionais de saúde durante esse momento sem indagar a respeito das repercussões em suas práticas. Jason,

que atua como médico em um PSF, relatou como a dinâmica do posto de saúde foi alterada.

A dinâmica do PSF hoje ela é meio diferente, nesse momento específico por conta da pandemia, né. Tipo assim, eu já trabalhei em outros PSF antes, a gente funcionava basicamente como um, basicamente né, como um ambulatório básico para resolver questões menores, renovar algumas receitas, fazer acolhimento de alguns pacientes; até que às vezes a gente não consegue resolver, a gente vai encaminhar o paciente e vai demorar meses pra poder resolver um problema, mas acolher, ouvir o problema, conversar às vezes já resolve muita coisa. Só que na pandemia, basicamente, o posto tá servindo como a primeira entrada de um paciente não grave, pra receber recomendações, a gente organizar o dia que ele vai ser testado. E um ou outro paciente que a gente tá marcando que precisa, que tá a muito tempo sem ser visto, toma várias medicações, tem doenças que podem vir a descompensar, aí a gente marca, mas tá marcando num horário bem espaçado pra não ter muita gente lá presente ao mesmo tempo. Então antigamente no posto eu conseguia, com tranquilidade, mantendo uma qualidade de tempo importante nas consultas, eu conseguia manter 12 atendimentos de manhã, e 6 ou 7 atendimentos à tarde. Agora por conta desse horário a gente tá espalhando pelo menos de meia em meia hora os pacientes. Eu tô vendo menos pacientes, mas ainda assim eu acho que a gente tá conseguindo tanto adequar a realidade da pandemia, quanto as descompensações da comunidade de uma maneira geral. As coisas mais, como é que eu vou dizer, mais urgente sem necessariamente ter que ir para a urgência. A população, inclusive, tá muito assustada, né, em relação a ir pro hospital. Às vezes tem um problema que precisa ir pro hospital e eles não vão pro hospital, eles vão no postinho que eles confiam mais, são menos pessoas, sabe que não tem paciente internado. Então, eles realmente têm uma confiança maior de ir lá no postinho procurar ajuda.

Sobre as dificuldades do trabalho médico durante a pandemia, Lindovaldo, que é residente em psiquiatria em um hospital de referência em São Paulo, também contou sobre sua experiência no momento.

Ó, foi bem pesado, é muito pesado porque eu tava dentro do, não sei se tu tem familiaridade, e aí qualquer coisa se tu não entender o que eu tô falando tu pode perguntar... Tem um estágio que se chama Interconsulta que é quando você vai pra dar parecer, tipo assim, o paciente está internado na clínica médica com apendicite, mas ele tem ansiedade, ele toma a medicação psiquiátrica, e aí eles pedem pra o psiquiatra olhar, dá um parecer sobre o paciente. E aí eu tava no Hospital São Paulo quando começou o coronavírus. E aí foi aquela perturbação, a gente não sabia o que fazia, e será que vai ter EPI [Equipamento de Proteção Individual] pra todo mundo? E toda a semana, meu Deus, eu peguei ou senão eu vi uma paciente e não tava com EPI adequado, equipamento de proteção adequado, e no outro dia quando via ela morreu, será que foi eu que passei para ela? E aí isso tudo nóia muito a cabeça mesmo. A gente acabou reduzindo mais o tempo de estágio para poder meio que se preservar, não passar tanto tempo dentro do hospital, então a gente fazia um esquema de fazia dois, três dias direto no hospital e depois passava 6 dias sem ver o hospital, pra, já para evitar esse contato o tempo inteiro. Mas foi muito desgastante, assim, você fica muito cansado. Aí vem as nóias do serviço, a sua família, os seus amigos, várias demandas externas e você também com esse papel de profissional da saúde que precisa tá atualizado, acompanhado e falar as coisas certas e emitir opiniões que sejam científicas. E aí vem a política e isso tudo foi, foi bem desgastante, mas eu acho que depois que vem o susto, o medo e que o serviço vai começando a se reestruturar, se adaptar a coisa fica mais, mais, mais fácil ou menos difícil.

A enfermeira Célia também falou das dificuldades do trabalho durante a pandemia, acrescentando a consequência em sua vida pessoal. Célia é mãe de uma criança de 05 anos, e teve que ficar afastada do seu filho, bem como de sua mãe e outros familiares para preservá-los. A conversa com Célia foi a mais emocionante, possivelmente pelo contexto no qual ela estava inserida, em alguns momentos

quando falou do filho e da distância da família, ela chorou, o que pode demonstrar o desgaste emocional dos profissionais; no momento da entrevista ainda não havia vacinas disponíveis. Ela mencionou ainda sobre maneiras de propor um cuidado humanizado em um hospital provisório de enfrentamento à COVID-19 no qual ela trabalhava:

Agora nesse hospital de campanha eu briguei com enfermeira do dia porque eu fui saber informação de uma paciente e ela disse que isso era falta de ética dá informação, só que nesses tempos de pandemia eu acho que nem só, nem ética tem que tá acima de tantas coisas assim. É... onde a família não tem acesso ao paciente, o paciente não tem acesso a família, não é uma questão ética você, de desética no caso, sei lá, você não tá faltando com a ética porque você tá dando uma informação a quem tá há 14 dias sem saber de um familiar. E aí pra mim humanizar é isso. É você fazer pelo outro o que gostaria que fizesse por você e alguém próximo. É ter empatia.

A pandemia da COVID-19 trouxe de maneira intensa o debate sobre os cuidados e atendimentos em saúde. Muito se discutia sobre UTIs, aparelhos de respiração, remédios, distanciamento físico, filas de espera, hospitais lotados, a urgência nos atendimentos, questões que se contrapõe à concepção do cuidado humanizado. Sensíveis ao momento, alguns profissionais de saúde, em especial os trabalhadores de hospitais de campanha e UTIs, adotaram estratégias com o intuito de promover a humanização no atendimento.

Algumas dessas ações foram divulgadas por jornais, programas televisivos e nas redes sociais. A intervenção mais comum foi a utilização de crachás com as fotos dos profissionais²⁹ – em geral com a pessoa sorrindo –, visto que estavam utilizando máscaras, óculos, protetor facial, avental impermeável para se protegerem de infecções, o que dificultava a visualização e reconhecimento pelos outros. Essas atitudes buscavam, de acordo com o apontado nas matérias jornalísticas, gerar uma aproximação entre os profissionais e os pacientes.

²⁹ Como pode ser visto em <https://www.saude.ce.gov.br/2021/04/13/sorriso-estampado-crachas-personalizados-geram-empatia-e-aproximam-profissionais-de-saude-de-pacientes-com-covid-19/>; <https://oglobo.globo.com/epoca/sociedade/sorriso-foto-ampliada-em-cracha-hospitais-tentam-quebrar-distancia-criada-por-mascaras-24367798> acessados em 12/12/2021 às 15h16min.

O uso de músicas também foi adotado nos ambientes de internação, possivelmente com o intuito de tranquilizar e distrair os pacientes internados. Vídeos em que os próprios trabalhadores de saúde tocavam e cantavam³⁰ para os pacientes da ala de COVID-19 *viralizaram*³¹ nas redes sociais.

Como também no momento da alta dos pacientes, que conseguiram superar a doença, era festejado pelos funcionários dos hospitais muitas vezes acompanhado de bolas e cartazes³².

Assim sendo, a discussão sobre a humanização na pandemia também se fez presente nas conversas com meus interlocutores. As enfermeiras Francisca e Célia destacaram a importância do olhar durante os atendimentos e como a palhaçaria o valoriza.

Eu acredito, assim, que a pandemia veio gritar, eu acho que o termo é esse, veio gritar pra gente, pra quem não dava valor a humanização em si, sabe. Porque tudo com o paciente da gente sempre foi o contato, sempre foi o toque, o contato, e agora a gente não pode fazer isso, porque todo mundo é suspeito [de estar infectado com o vírus da COVID-19]. Então a gente só tem simplesmente e unicamente o nosso objeto de instrumento que a gente usava no clown, que é o olhar, que é o encontro. E isso fala muito, né, o olhar, a expressão que eu faço pra aquele paciente... Porque muitas vezes eu tô de máscara e ele não consegue nem ouvir o que eu tô falando, mas ele consegue me encontrar. No momento que ele me encontra e que eu tô aberta pra ele, ele tá aberto, isso pra gente, nesse momento, pra mim, isso tá sendo tudo. Que eu agradeço ao PERTO por me ensinar a se encontrar, me encontrar comigo mesma e me permitir o encontro com outras pessoas. (Francisca)

³⁰ A exemplo: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2021/03/28/video-medica-viraliza-ao-cantar-e-tocar-violao-para-pacientes-com-covid-em-uti-em-sp.ghtml>;

<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/dias-melhores/enfermeiros-emocionam-ao-tocar-musicas-para-pacientes-com-covid-19-em-hospital-de-fortaleza-video-1.3062661> acessados em 12/12/2021 às 15h40min

³¹ Termo utilizado para se referir a publicações com grande quantidade de compartilhamento nas redes sociais.

³² Exemplos podem ser visualizados em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/06/14/profissionais-de-saude-festejam-alta-de-paciente-que-se-recuperou-da-covid-19-com-quadrilha-junina.ghtml>;

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fg1.globo.com%2Fmg%2Fcentro-oeste%2Fnoticia%2F2020%2F06%2F11%2Fpaciente-comemora-cura-da-covid-19-apos-20-dias-internado-em-divinopolis.ghtml&psig=AOvVawOVEpmPyFciqR9HqIR6rf_&ust=1639421372603000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwi5-NbV9t70AhWlr5UCHS15BjYQr4kDegUIARCBAAQ acessado em 12/12/2021 às 15h51min.

Com tão pouco a gente tem que fazer o muito, né? É o verdadeiro abraçar com os olhos, entender com os olhos, demonstrar qualquer tipo de afeto, de carinho, de empatia pelo outro com o que a gente tem hoje em dia que é a única parte nossa que tá exposta, são os olhos. E o PERTO ele mostra, ele teve muita vivência disso, da gente levar espelho, da gente se encarar no outro e entender o que a gente tava querendo demonstrar e sentir apenas com os olhos. E hoje é isso que a gente tá vivendo nessa pandemia; tudo que a gente pode demonstrar de cuidado é toda humanização não só no toque, mas no jeito que a gente olha, no jeito que a gente pratica o cuidado com o ser humano. (Célia)

O acadêmico Chico Bento também ressaltou a questão do olhar como ferramenta importante para a humanização no contexto pandêmico.

Ah dá [para humanizar na pandemia], pow. Dá, todo problema guarda uma potência, né. Quando a gente fecha um ladinho, mas esse lado aqui fica mais... E a gente quando tá de máscara, né, ali é o olho que tá bem em evidência, então não só essa questão do olhar, mas acredito que a humanização é um processo bem maior, esse processo de se conectar, eu acredito, né, de perceber o outro de uma forma mais inteira, né, isso vai bem mais além. Hoje eu tava na cirurgia ai chegou uma senhora pra fazer a cirurgia que ela tava designada e ai eu só tava montando o instrumental e tal, ai você percebe a pessoa ali, né, estatalada, ai você chega dá uma olhadinha pra ela, dá uma piscadinha, isso já move, entendeu. Humanização não é 'ai, eu tenho que saber o seu nome', o ser humano ele é muito mais do que uma nomenclatura, um nome, o ser humano é você chegar assim e você tá ai, eu tô vendo que você tá ai e eu estou aqui; então, isso conecta, né, isso demonstra pro outro que 'poxa, eu estou sendo percebido'.

O médico Lindovaldo mostrou a dificuldade da humanização na pandemia, como também que mesmo difícil não é impossível.

Acho que tá muito mais difícil humanizar no meio da pandemia porque eu sinto que eu tô muito mais objetivo com as coisas, sabe, pela questão do contato ser por celular, por chamada ou até quando a gente atende diretamente os pacientes com coronavírus, você

quase não se escuta, né, porque você bota toda uma armadura o paciente tá com máscara, você fica gritando esperando que o paciente responda... Eu acho que é mais difícil, mas eu fico na ilusão que só escuta terapêutica, assim, só o fato de você tá disponibilizando um tempo pra pessoa discutir sobre alguma coisa isso, isso já ajudaria ela... Mas isso é só eu que tô me iludindo (risos) ou não, pode ser que escuta, só escuta seja terapêutica mesmo; a pessoa ter um espaço pra falar sobre as angústias.

O estudante Cajuíno refletiu as dificuldades para humanização ressaltando a singularidade deste momento.

Eu acredito que seja um desafio assim nunca antes visto, não tô ali na linha de frente realmente, no nosso período a gente só tem contato com emergência clínica e a gente não pega COVID. Mas ainda sim isso repercute, né, a gente tem bem menos gente indo para o atendimento, as pessoas guardando doença para não irem no hospital, com medo da pandemia. Mas eu acredito que é um desafio gigantesco para quem tá na linha de frente, porque a sobrecarga de trabalho deve ser enorme, a incerteza, a sua frustração com as pessoas desrespeitando o isolamento, as pessoas nem entendendo, a sobrecarga de trabalho. Eu imagino que você tá ali vendo pessoas que vem a óbito em uma taxa muito maior que o normal e você encontrar o equilíbrio perfeito, né, entre você sentir aquilo sem se abalar, sem realmente desmoronar, mas não se fechar, não se dessensibilizar ao ponto de não sentir mais aquilo porque você não tem como ver outra pessoa falecer, uma pessoa morrer, uma pessoa deixar uma família, uma pessoa deixar filho, deixar mãe, deixar pai e você não se tocar com aquilo; então eu acho que o grande desafio é esse, você manter o equilíbrio e às vezes até a sanidade de não ir por um caminho e nem pelo outro, né, porque um você se sentir demais ou você acabar se emergindo naquilo também vai te fazer mal porque é muito sofrimento, é muita dor e você precisa entender aquilo, mas tentando se manter são e ao mesmo tempo você não pode se fechar de forma que aquilo não lhe afete mais, porque aí você perderia toda sensibilidade, toda humanidade. Então eu acho que o grande desafio é esse e também pra quem tá fora, pra gente que tá aqui, né, é ver outras pessoas que desrespeitam, outras

peessoas que vão contra e ai acabam dificultando que essa situação seja contornada de uma forma menos traumática, mas eu acho que é realmente muito complicado, não tem solução fácil pra canto nenhum. Mas eu acredito que seja possível!

Como apontou Chico Bento, a pandemia por um lado trouxe uma série de desafios e, por outro, possibilitou repensar uma série de práticas que podem repercutir mesmo após a sua superação.

4.4 INTEGRALIDADE

Como vimos, os conceitos de cuidado e humanização em saúde estão fortemente associados à categoria da integralidade. Sendo este um princípio do Sistema Único de Saúde, instituído a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). Em seu Art. 7º, que versa sobre os princípios, seguindo as diretrizes propostas no Art. 198 da Constituição Federal, dispõe “II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Rubens Mattos (2006) estabeleceu três conjuntos de sentidos da integralidade dentro do SUS: integralidade como um traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas; e a integralidade como relacionada às políticas desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde.

A integralidade como traço da boa medicina se relaciona à crítica de atitudes médicas fragmentárias. A medicina integral entende a integralidade como ações dos profissionais de saúde que se caracterizariam pela recusa em reduzir o paciente ao aspecto biológico. Portanto, este conjunto de sentido corresponderia às práticas dos trabalhadores, que deveriam abranger necessidades que vão além da doença.

O segundo conjunto de sentido corresponde ao modo de organizar as práticas, se refere mais diretamente com as organizações dos serviços e das ações de saúde. Na direção de programas horizontais que permitam aos usuários serem tratados como um todo.

O último conjunto de sentido para a integralidade é relativo às configurações de certas políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um dado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afetam um grupo. De maneira geral, pode ser entendido como respostas governamentais. Para elucidar este ponto, Rubens Mattos traz um exemplo de política que ajuda bastante no entendimento: a resposta governamental brasileira à AIDS, que se norteia pelo princípio da integralidade, onde o governo se responsabiliza pela distribuição gratuita dos antirretrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

Desse modo, pode-se perceber que o SUS, embora inserido dentro do horizonte da racionalidade biomédica, também se contrapõe a ela, como vimos no primeiro capítulo e neste através de uma série de programas e políticas que colocam em pauta questões de integralidade e humanização em saúde.

Assim, a integralidade entendida como um traço da boa medicina se relaciona com a dimensão, já discutida, de cuidado humanizado; visto que há uma estreita relação com a medicina integral, que se antagoniza à lógica reducionista e fragmentária dominante no campo da saúde.

A partir da literatura e em consonância com os discursos dos meus interlocutores foi possível perceber que o cuidado e a humanização nos atendimentos em saúde visam abranger o usuário em todas as suas dimensões, valorizando sua comunicação, entre outras características que correspondem também a definição, como vimos, de integralidade. Em vista disso, me parece factível a leitura de que cuidado e humanização são passos para que se atinja a integralidade no campo da saúde.

*

Ao longo deste capítulo discutimos as categorias centrais da pesquisa, a partir das narrativas dos estudantes e egressos dos cursos de medicina e enfermagem, tensionando com a literatura que se dedica a esses temas. Dessa maneira, podemos compreender como esses assuntos se organizam dentro das práticas de saúde. Assim, entendendo a empatia como o elemento mais externo e que dialoga diretamente com o usuário; e aqui faço a analogia da empatia com o nariz vermelho. O cuidado e a humanização também têm o caráter externalizador,

porém com reflexões mais profundas e que vão além do atendimento ao paciente; podendo ser análogos às roupas e a maquiagem do palhaço. E, por fim, a integralidade, que abarca todas essas categorias, como se fossem etapas para atingi-la. Abrangendo desde o atendimento à pessoa sob cuidado até os desenhos de políticas públicas. Assim, a integralidade pode ser vista como o palhaço, que depende, em certa medida, dos itens mencionados – nariz, roupas e maquiagem – mas é maior que todos esses elementos.

Foi possível perceber que os interlocutores possuem compreensões diversas sobre humanização e cuidado. Isso, em parte, pode se justificar pela polissemia dessas categorias. Como também, ao associarem frequentemente a questões pessoais, pode relevar a ausência de um debate profundo durante suas graduações. Visto que a produção acadêmica, seja da área da saúde coletiva ou das ciências humanas e sociais, analisa essas dimensões enxergando-as muito mais como uma proposição política do que relacionado a questões individuais.

Portanto, no último capítulo desse trabalho nos dedicaremos a discussão sobre o processo de formação desses profissionais de saúde atentos as maneiras nas quais essas categorias são discutidas.

5 PROCESSO DE FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA UFPE

Neste capítulo será analisado o processo de formação dos estudantes de medicina e enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, no que tange ao cuidado e humanização das práticas em saúde. Para isso, buscaremos compreender os motivos que levaram estes jovens a escolherem os cursos aqui observados. Bem como a organização curricular, partindo das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos Perfis Curriculares das referidas graduações citadas na UFPE.

Dedica-se, ainda, a compreender as percepções dos acadêmicos no que diz respeito às suas formações, abrangendo questões como componentes curriculares ofertados e exemplo de professores. Por fim, veremos como o PERTO contribui e contribuiu na formação de estudantes e egressos a partir de suas interpretações.

5.1 ESCOLHENDO O CURSO DE GRADUAÇÃO

Com o intuito de compreender a formação e as escolhas de cada um deles, acrescido do interesse em desenhar a trajetória dos entrevistados a partir do ingresso na universidade, quase todas as entrevistas com estudantes e profissionais de medicina e enfermagem se iniciaram pelos motivos da decisão em cursar essas graduações. Por critério de organização, veremos nos próximos dois tópicos como meus interlocutores definem suas escolhas pelo curso de graduação.

5.1.1 ESCOLHA POR ENFERMAGEM

A enfermeira Francisca contou sobre seu interesse em enfermagem, tendo inclusive participado, antes do ingresso à universidade, da Pastoral da Saúde vinculada a Igreja Católica.

Vejamos,

Sempre quis ser enfermeira, sempre quis e a minha relação com o projeto palhaçoterapia em si, porque não só tem o PERTO, né, existem muitos outros projetos. Eu conheci muito antes da graduação, né. Existe um projeto de palhaçoterapia também que eu

participei, que eu era vinculada a Pastoral da Saúde, né, eu sou católica e igreja católica tem a Pastoral da Saúde. E aí, eu descobri através de um professor da federal que ele fazia parte da Pastoral... (Francisca)

As estudantes Tulipa e Carla, como a maioria dos jovens no momento de decidir a profissão que desejam seguir, analisaram as aptidões individuais e, como no caso de Tulipa, associada a exemplos de familiares.

Então, eu sempre fui muito apaixonada e muito, durante a minha vida, muito voltada pro outro, pelo cuidado com o outro, minha família veio muito disso e depois de um processo que eu fiz na psicóloga, sabe, um encontro vocacional a enfermagem foi uma das profissões que me apareceram como algo que me completaria, que eu conseguiria trabalhar sem necessariamente sentir aquela obrigação do labor, sabe, assim que eu poderia me sentir bem, porque era algo que sempre ao longo da minha vida me pegou muito o ato de ajudar os outros, sempre foi algo que sem dinheiro me transformava muito meu dia, que é a recompensa que eu sinto, sabe, assim no dia a dia e eu fui em busca disso, foi isso que me fez escolher a enfermagem, sabe? (Carla)

Bem, eu sempre gostei da área de saúde, desde o meu ensino médio. Eu sabia que queria algo relacionado à saúde e a minha mãe ela é técnica em enfermagem, aí eu sempre pude ver de perto como é essa vivência da enfermagem, da equipe de enfermagem no hospital e eu me interessei pela área e comecei prestar vestibular. Eu pesquisei muito com minha mãe, minhas tias... já fiquei com bastante dúvida em relação ao curso, mas hoje tô na enfermagem e, assim, não me arrependo. Gostando bastante. (...) Na verdade, assim, minha proposta inicial era medicina. Eu queria prestar vestibular pra medicina, mas é porque, quando você tá fazendo vestibular, geralmente procura mais área de saúde, afunilando mais pra medicina, esses cursos assim, né? Mas eu abri mais o leque de possibilidades e me encontrei. Gostei bastante. (Tulipa)

Portanto, a motivação mais citada pelas minhas interlocutoras foi o ‘gosto e interesse pela área de saúde’, seguida pelo ‘desejo de ajudar e cuidar das pessoas’,

corroborando com outros estudos que abordam estudantes de enfermagem (SIGAUD *et al.*, 2016). Esta última, por conseguinte, demonstra como a prática do cuidado caracteriza uma distinção do curso e desperta o interesse para esta formação.

A influência pela atuação profissional de parentes e/ou amigos, apontada por Tulipa, está em consonância com os resultados da pesquisa realizada por Borges *et al.* (2010) na qual entrevistados admitiram a influência de familiares e amigos na escolha do curso.

Há que se considerar que uma parcela dos estudantes de enfermagem tem medicina como sua primeira opção (SIGAUD *et al.*, 2016), embora nesta pesquisa esta questão não tenha sido abordada. Entretanto, uma das entrevistadas menciona o desejo primeiro em medicina. Fatores como remuneração e prestígio social possivelmente contribuem. O ingresso em medicina é, dessa forma, mais disputado do que em enfermagem, o que pode levar a mudança na escolha da graduação.

5.1.2 A DECISÃO POR MEDICINA

A opção por fazer medicina estava associada, na maioria dos casos, a questões muito subjetivas e presentes, muitas das vezes, desde que eram crianças. Sendo possível perceber que a dimensão do *status* associado à profissão médica também se constitui como um fator importante para a escolha.

Os dois médicos, Jason e Lindovaldo, trouxeram que a escolha em fazer medicina muito tinha a ver com suas vivências na infância. Como podemos ver nas suas falas:

Da Medicina eu acho que foi mais uma questão de história mesmo.... Porque eu acabei tendo muita complicação no meu parto; nasci com malformação urinária com quatro rins e aí precisei fazer operação com muito pouco tempo de vida, para poder me recuperar porque tava fazendo infecção urinária de repetição muito novo e era perigoso. E aí isso, acho, que foi fazendo parte da minha vida, assim sabe... Essa coisa de “ah, o doutor João, que era o cirurgião urológico que me operou, salvou a vida de Lindovaldo”. Eu acho que

fiquei com isso na minha cabeça do tipo “nossa a medicina é incrível! Tô aqui por conta da medicina, então vou fazer para retribuir, pra fazer valer o que a medicina fez por mim”. E aí até o final... Desde criança eu tinha esse pensamento, e também, é óbvio que família estimula, aí, vamos ser médico! Por questões de status, essas coisas..., mas aí foi indo assim, foi bem fácil o escolher o curso na medicina. (Lindovaldo)

Eu queria fazer medicina desde criança porque eu tinha um pediatra que era muito bom, o cara além de médico era mágico também. Então toda vez que eu ia lá na consulta ele fazia mágica também, eu achava um negócio fantástico. Eu falava “caramba, eu vou fazer isso da vida” e aí eu descobri que ainda tem o prestígio tal, pode ganhar bem, aí eu falei pronto é isso mesmo... (Jason)

Chico Bento e Cajuíno, acadêmicos de medicina, se referiram a dimensões de proximidade com o Outro como também ao retorno financeiro que poderiam atingir; bem como o *status* social já mencionados por Lindovaldo e Jason.

Eu acredito que na época de vestibular quando eu refleti sobre minhas opções, sobre o que eu gostaria de trabalhar ou de vivenciar, a sensação de estar próximo das pessoas era maior realmente na área da medicina; sentir que você pode de alguma forma fazer a diferença na vida das pessoas, fazer com que sua prática atinja pessoas de uma forma muito... não que outras profissões não sejam, também, impactantes na vida das pessoas, mas que eu acho que na medicina existe um contato, existe uma relação, existe um impacto muito próximo. (Cajuíno)

Poxa, então eu tinha até uma historinha que eu fiz “ah, minha primeira profissão...” a primeira que eu queria ser era cobrador de Kombi, bota o dinheiro assim [faz gesto com a mão] e ele pendurado, meu irmão, eu achava muito legal, aí eu “pô, vou ser cobrador de Kombi”, né, mas aí depois fui entendendo melhor como funciona nosso sistema [faz gesto de dinheiro com a mão] e aí fiquei em dúvida entre três opções que era psicologia, filosofia e psiquiatria; sendo que a psiquiatria antes cê tem que fazer medicina, né, aí eu era até bem novo assim no mesmo ano que eu decidi eu acabei

conseguindo uma nota pra passar no ENEM, aí eu “poxa! é medicina porque tem esse caminho da psiquiatria e se eu não gostar eu saio e vou para os outros, né, que eram opções”. (Chico Bento)

Como discutido no capítulo anterior sobre a valorização da profissão médica, todos os meus interlocutores da medicina apontam como uma das motivações ou como a confirmação de suas escolhas a boa remuneração dos profissionais e o prestígio social.

Conforme vimos, há uma expressiva diferença entre os dois grupos estudados, das razões que os levaram à escolha do curso de graduação. Se por um lado havia um interesse pela área de saúde e por ajudar e cuidar das pessoas, do outro o imaginário da medicina enquanto salvadora, bem como a supervalorização da profissão. Tais aspectos também podem ser lidos com auxílio do exposto no terceiro capítulo, apenas mulheres foram entrevistadas (pontuado no segundo capítulo) no que se refere a enfermagem, sendo a maioria da presença no curso, o que pode reforçar como socialmente é colocado a nós mulheres a responsabilidade, a atribuição e valorização do cuidar.

5.2 ANÁLISE SOBRE OS COMPONENTES CURRICULARES CURSADOS E A VIVÊNCIA DOS ESTUDANTES NA UNIVERSIDADE

No tópico anterior discutimos sobre as motivações para a escolha do curso universitário; neste será abordado como são compostos os currículos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

A formação de profissionais de saúde deve ser orientada pelo SUS (Ministério da saúde) e pelo Ministério da Educação. Como os demais cursos superiores possuem Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) próprias, que devem nortear a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos cursos.

5.2.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE MEDICINA

As diretrizes curriculares de medicina definem que o graduado no curso deverá ter formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética, com habilidade para atuar nos diferentes níveis da atenção à saúde; com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática a determinação social do processo de saúde e doença (Resolução CNE/CES 3/2014).

A formação do futuro profissional médico se desdobra em três áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. As duas primeiras tratam de questões aqui discutidas. A primeira atenta à instrução do aluno para dar importância às “dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana”; visando concretizar, entre outras ações,

A integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde (Resolução CNE/CES 3/2014, p.2).

A segunda, corresponde à formação do médico capaz de compreender os princípios, as diretrizes e políticas do sistema de saúde, bem como, participar das ações de gerenciamento e administração com o objetivo de promover o bem-estar da comunidade, por meio de várias dimensões dentre elas a gestão do cuidado. Sendo esta caracterizada pela utilização de saberes e tecnologias, com o intuito de “promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos” (Resolução CNE/CES 3/2014, p.2).

Ao longo das DCNs também se encontra a menção a categorias discutidas no capítulo anterior, como a empatia e relações horizontais. Os egressos devem ser capazes de promover uma liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, com participação e diálogo.

Igualmente discutido no terceiro capítulo, a preocupação com a comunicação está presente nas DCNs. Os profissionais de medicina devem utilizar uma linguagem compreensível no processo terapêutico, que estimule o relato espontâneo do paciente, levando em consideração aspectos culturais, psicológicos, a história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, proporcionando privacidade e conforto.

As DCNs orientam com relação aos conteúdos fundamentais para o curso de medicina que devem estar relacionados “com todo processo de saúde-doença do paciente, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde” (p.10). Dentre os conteúdos contemplados, é pertinente destacar alguns como a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, em níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; e a compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado.

Portanto, podemos perceber como as DCNs de medicina estão em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, visto no primeiro capítulo. De igual modo, os pontos destacados anteriormente estão em sintonia com as categorias trabalhadas no capítulo anterior.

5.2.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE ENFERMAGEM

O profissional de enfermagem deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para exercer suas atividades nos diferentes níveis de atenção à saúde e do cuidado de enfermagem, como na promoção da saúde, prevenção de doenças e riscos, redução de danos e agravos, recuperação de doenças. Com capacidade de conhecer e intervir nos processos de saúde-doença, bem como, atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

De acordo com as DCNs, a educação em enfermagem tem como princípio básico o cuidado, entendido como ação terapêutica da enfermagem, responsável pelo processo de manutenção, continuidade, qualidade e finitude da vida humana,

ação humanizada que se realiza entre indivíduos com condições biopsicossociais e direitos e deveres.

O processo formativo deve ser desenvolvido em seis áreas: Cuidado de Enfermagem na Atenção à Saúde Humana; Gestão/Gerência do cuidado de enfermagem e dos serviços de enfermagem e saúde; Educação em Saúde; Desenvolvimento Profissional em Enfermagem; Investigação/Pesquisa em Enfermagem e saúde; e Docência na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem. As duas primeiras requerem, no nosso caso, maior importância.

A primeira deve estar relacionada para a formação do enfermeiro por meio do exercício de diversas competências, entre elas, reconhecer a saúde como direito social, atuando de forma a promover condições dignas de vida e garantir a integralidade do cuidado de enfermagem. Como também, desenvolver o processo de enfermagem como uma das dimensões do cuidado humano, sustentado no raciocínio clínico e no pensamento crítico.

A segunda deve estar direcionada para o reconhecimento dos princípios, diretrizes e políticas de saúde vigentes, assim como para a coordenação das ações de gerenciamento do cuidado em enfermagem, por meio do desenvolvimento de variadas ações. Como, por exemplo, desenvolver ações de gestão e gerenciamento do cuidado e dos serviços de Enfermagem e de saúde, com base em evidências científicas, princípios humanísticos, políticos e ético-legais.

Os conteúdos fundamentais para o curso de enfermagem, propostos nas DCNs, precisam estar relacionadas às seis áreas anteriormente mencionadas, com resolutividade em atendimento ao indivíduo, à família, à comunidade, em consonância com os princípios do SUS, com vistas à integralidade e continuidade das ações do cuidar, da gestão e gerenciamento, da educação e da pesquisa em enfermagem. Dentre os conteúdos abordados podemos citar o eixo das ciências humanas e sociais, no qual são incluídos os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/coletividade, contribuindo para a compreensão crítica dos determinantes sociais, nos níveis individual e coletivo, que impactam no equilíbrio das necessidades sociais em saúde e necessidades singulares da pessoa ou coletivos do processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção.

Igualmente às DCNs dos cursos de medicina e de enfermagem mostram-se alinhadas aos princípios e normativas que regem o SUS.

5.2.3 PERFIL CURRICULAR DE MEDICINA E ENFERMAGEM NA UFPE

a. Medicina

A partir de 2003 o curso de medicina da UFPE sofreu uma série de reformulações em seu projeto pedagógico, quando foi exigida a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001. Sendo realizadas as principais mudanças, como por exemplo a alteração do modelo disciplinar para o modular (Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, 2019).

Entre os anos de 2003 e 2018, várias mudanças ocorreram no ensino da medicina – novas tecnologias, situação de saúde na região, no SUS – ocasionando a definição de um novo perfil profissional, nova programação de curso com novos conteúdos, novos componentes curriculares e atualização de ementas. Incluindo alterações em vista da revisão das DCNs em 2014, das quais o conteúdo foi visto anteriormente.

Como discutido nos capítulos anteriores, o cuidado, humanização e a integralidade estão profundamente relacionadas com as dimensões sociais, psicológicas e emocionais do indivíduo e, conseqüentemente, do coletivo. Portanto, mostra-se a importância do diálogo entre ciências humanas e sociais e as ciências da saúde. Desse modo, elencamos os componentes curriculares do curso referido que possuem mais claramente relação com essas outras ciências: Medicina, Ética e Relações Humanas (45h); Saúde e Sociedade (75h); Medicina, Sociedade e Bioética (45h) (Medicina, Sociedade e Ética, até 2019.2); Introdução à Saúde Coletiva (60h); e Desenvolvimento Pessoal e Profissional (I, II e III com 75h/45h/45h, respectivamente) essa bastante referida pelos meus interlocutores durante as entrevistas, como veremos mais a frente.

À vista disso, destacamos a criação, a partir do período de 2019.2, de componentes curriculares eletivos que visam atender as DCNs vigentes como Humanização em Saúde, Cuidados com pacientes em fim de vida e Libras. Como também a inclusão de conteúdos étnicos-raciais no módulo Saúde e Sociedade.

b. Enfermagem

A UFPE possui o currículo voltado para a formação da enfermagem enquanto prática social, se propõe a trabalhar competências para assistir ao indivíduo, a família, a comunidade e os grupos sociais³³.

O objetivo do curso é formar profissionais qualificados com habilidades e competências que abarquem aspectos técnico-científicos, ético-políticos e socioeducativos, viabilizando a integralidade da atenção à saúde e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos usuários.

Da mesma forma que o destacado no que diz respeito ao perfil curricular de medicina sobre a relação entre as ciências humanas e sociais com as da saúde para o entendimento dos temas discutidos nesta dissertação; ressaltamos os seguintes componentes curriculares que podem contribuir com tais discussões: Sociologia aplicada à saúde (60h); Ética do cuidado (45h); Organização do sistema de saúde no Brasil (45h); Práticas integrativas e complementares (45h).

5.2.4 O ENTENDIMENTO DOS ALUNOS E EGRESSOS SOBRE OS PERFIS CURRICULARES

No decorrer dos capítulos anteriores e desse foi possível visualizar uma série de dificuldades e fragilidades no campo da saúde, bem como várias iniciativas, impulsionadas pelo SUS, dos ministérios da Saúde e da Educação. Com o objetivo de superar tais adversidades, representando avanços, entre outros, na busca da saúde integral.

Destarte, as construções dos perfis curriculares dos cursos referidos se configuram como respostas as demandas da sociedade. Entretanto, ainda se percebe que há um descompasso na formação dos profissionais de saúde às reivindicações da população em geral.

Em vista disso, cabe depreender as visões dos estudantes e egressos dessas graduações a respeito do processo de formação profissional na universidade.

³³ Informações sobre o curso de enfermagem UFPE/Campus Recife estão disponíveis em <https://www.ufpe.br/enfermagem-bacharelado-ccs/sobre-o-curso> acessado em 03/01/2022 às 16h27min.

Às estudantes de enfermagem questionei sobre dois componentes curriculares do primeiro período, Ética do cuidado e Sociologia aplicada à saúde. Temos sobre a primeira as seguintes considerações:

Ah, essa disciplina, ela era muito boa, a gente gostou bastante. Ela era bem humanizada, sabe? O professor falava sobre Comunicação não-violenta, levava vários vídeos. Era mais uma conversa em torno... ela não era uma aula propriamente dita e, é, assim, por ser no primeiro período, alguns estudantes estranharam essa disciplina, por ser algo muito diferente do que a gente já estava acostumado. Mas assim, eu acho de suma importância pra qualquer curso da área de saúde, porque faz você ter outra visão de cuidado, sabe? Que foca, não tanto na parte assistencial, mas engloba o paciente como um todo, né? E ele [o professor] passa uma questão de Comunicação não-violenta, ele faz com os estudantes na aula até meditação (...). Eu gostei bastante. (Tulipa)

Então, Ética do cuidado foi, assim, tudo! E mais um pouco, assim, pra mim principalmente por conta da didática do professor, (...) ele me tocou muito porque antes eu já gostava muito de meditação, gostava muito da respiração diafragmática, todo esse processo e eu acho que ele trouxe algo, pelo menos pra mim, é incrível por ser muito subjetivo tem pessoas que não chegam lá, assim, no intuito da cadeira e fica “ah, mas era pra eu tá pagando ética aqui e eu tô fazendo respiração”, “ah, eu tô fazendo CNV [Comunicação Não-Violenta]” sabe, então as pessoas não pegam o “feeling” do quanto isso é a cadeira de ética, sabe assim, o quanto isso é importante enquanto pauta realmente no meio. Se todo mundo estudasse um pouquinho CNV acho que iria ter ajudado muito assim, se os profissionais realmente aplicassem, sabe. E eu achei incrível, incrível, incrível pra mim foi surreal. Inclusive, sinto falta até hoje porque era um momento que eu conseguia me cuidar, assim de verdade, de verdade. Foi o momento que eu conseguia respirar e conseguia deixar pra fora tudo assim, era muito terapêutico. E me trouxe muito estalo desde o início de que pra você cuidar do outro você tem que cuidar de si, que você precisa respeitar, sabe, também. Pra você escutar o outro você precisa aprender a escutar, são coisas que você não se imagina aprendendo, sabe, aprender a escutar,

aprender a falar, sabe. E o quanto isso mexe muito com a conduta ética realmente daquele profissional, da formação dele, como um todo. Se você realmente conseguir absorver isso e acho que seu subjetivo tem certas pessoas que se fecham e não conseguem extrair. (Carla)

A partir desses trechos podemos perceber como Tulipa e Carla entendem como importante a referida matéria. Como também demonstraram, por outro lado, que esse entendimento não foi unânime entre os colegas de turma, o que pode ser um indicativo de que os integrantes do PERTO já possuem maior sensibilidade às questões de cuidado e humanização. Lembrando que quando cursavam a disciplina ainda não faziam parte do projeto.

A enfermeira Célia também comentou sobre esse componente:

Teve assim muita disciplina que eu achava que era bobagem. A gente pagou Ética do cuidado no segundo período da faculdade e eu achava que era uma besteira, assim... Mas eu lembro que a gente comentava que era muito “ai, que besteira ética do cuidado” e hoje eu sei, como profissional, assim foi um diferencial grande, como outras disciplinas também.

Diferente das visões de Tulipa e Carla, Célia não valorizou a cadeira enquanto cursava, mas durante sua atuação profissional pôde ressignificar a importância dela e perceber o quanto os conteúdos são relevantes.

Com relação à Sociologia aplicada à saúde, apontaram as seguintes elaborações:

Essa cadeira falava em humanização e ela [a professora] buscava trazer a humanização relacionada a área da saúde, como, por exemplo, a humanização no parto. Ela abordava muito essa questão. Da humanização na saúde, como um todo de ter um olhar mais holístico e não tanto medicalocêntrico, sabe? (Tulipa)

E sociologia eu gostei muito, só que a professora deu uma cadeira que era muito voltada pro doutorado dela, que era o, eu até esqueci a palavra certa, mas a gente estudou muito sobre a mercantilização do parto, sabe. Então eu achei muito focada no doutorado dela,

sabe, assim, no geral. Mas consegui também extrair coisas boas, tipo, muito boas. (Carla)

Posto isto, ressalta-se como as ciências sociais se mostram como lugar propício para a discussão de questões como a humanização, entre tantas outras importantes, nos cursos de saúde.

O estudante do último período de medicina, Chico Bento, fez um apanhado geral de como identificava o ensino e discussão da humanização durante o curso.

A minha turma, eu acho que ela teve contato com esses aspectos de humanização em todos os períodos do ciclo básico até o 4º período, assim, acho que do 5º em diante um pouco através das disciplinas de DPP, que é Desenvolvimento Profissional e Pessoal. E as de psiquiatria trabalha um pouco isso, né, um pouco de como eu me sinto, como é dar más notícias e tal; e aí entra um pouco desse aspecto da empatia, né, e da humanização. Mas logo nos primeiros períodos a gente sempre teve, tanto em Ética médica como em Saúde e sociedade discussões voltadas para esse, nesse sentido da humanização. Mas ao meu ver coisas bastante teóricas, pouca aplicabilidade prática, digamos, o que mais teve de prática foi a disciplina de psiquiatria em que a gente tinha que contracenar com um colega da gente, dando uma má notícia ou falando que houve uma complicação em um procedimento cirúrgico e essa outra pessoa vinha com essa carga que é natural que um familiar possa ter de culpar ou de tá mais agitado, e meio que a gente tinha que lidar com aquilo, né, e acho que foi o que mais se aproximou assim de algo que a gente leve, né, pra nossa prática. (...) Então, de experiência de currículo obrigatório eu acho que é isso, acho que vem sendo bem melhor do que era antes, né, porque pelo menos esse assunto vem sendo tocado assim no ciclo básico, em todo semestre pelas disciplinas. Então pelo menos a presença da temática realmente tá, a forma de apresentação eu acho que tá sendo construída, né, tá sendo otimizada.

Na mesma direção que Chico Bento, Lindovaldo também comentou que a discussão sobre humanização estava mais presente no início da graduação, ressaltando o módulo de Saúde e sociedade:

Mas o que eu achava era que, era mais no início do curso com o curso da saúde coletiva, os cursos de que eram do bloco Saúde e Sociedade, que aí a gente fala mais sobre isso e ia na prática. Assim ia na UBS, via como era feito os serviços, mas acho que era um espaço pouco, assim... E eu acho que ainda, também, era pouco aproveitado, não sei. E depois no meio do curso e no final do curso a gente não tem muito, não se fala muito sobre isso, não tem muito sobre isso não...

Cajuíno, 7º período, citou um componente curricular eletivo:

Eu paguei uma eletiva, Humanização em Saúde, mas acredito que na grade curricular seja tocado muito superficialmente.

Com base nesses relatos, conseguimos visualizar que tem havido um movimento em torno dos conteúdos de humanização, embora ainda seja visto pelos próprios estudantes que não há exploração de todo o potencial da temática.

Um outro ponto importante para o debate acerca da formação desses profissionais diz respeito à valorização dos exemplos dos professores. Os docentes são muito importantes no processo de aprendizagem em todas as etapas do ensino. No nosso caso em especial, os cursos de saúde, que possuem forte demanda prática; o que, possivelmente, ocasiona uma intensificação dessa importância. Por associar o ensino teórico às práticas de saúde.

Como foi possível analisar nas falas sobre cadeiras citadas anteriormente e quando questionadas sobre as atuações dos professores nas atividades práticas.

Acho que eu sentia muito mais, é, prestar um cuidado assim se preocupar em humanizar o cuidado com os professores mais antigos, os mais novos assim tinham mais foco em passar a teoria. Tinha uma professora lá no departamento, ela humanizava demais o cuidado, inclusive poucos estágios ela acompanhou com minha turma, mas ela sempre era muito humana. Ela tratava com muito respeito todo mundo, e quando a gente chegava nos setores que a gente rodou com ela se eu não me engano foi no 11º andar, cirúrgica ou foi clínica médica, e ela era muito respeitada lá, inclusive paciente antigo, que tava lá lembrava dela. E sobre desumanizar, assim, a gente não que eu tenha visto algum professor fazer, mas, é, em

Saúde da Mulher a gente até fez, é, vários casos assim, apresentou trabalhos sobre violência obstétrica, essas coisas e professor trazendo pra prática coisa que ele já tinha visto na teórica, mas eu não lembro de professor meu desumanizando assim não... (Célia)

Acho que varia de professor, sabe. Tem professor que tá realmente focado lá na questão de humanização e outros são mais técnicos, né? Mas, é, o que pude perceber, na maioria focavam na humanização. Teve até um dia que a gente foi pro HC e a gente foi fazer lá a aula no setor e tinha paciente que tava bastante desestabilizado e a professora, ela tirou a gente e ficamos olhando pela partezinha de vidro e ela aplicou a técnica de Reiki. Botou todo mundo do lado de fora e ela botou uma música de fundo, diminuiu a luz para o paciente, fazendo Reiki nele. Eu achei bem...bem interessante. (Tulipa)

Dessa forma, podemos perceber que está bastante atrelada às atividades práticas do curso as observações das condutas dos profissionais-docentes. As relações que os professores estabelecem com os pacientes parecem ter grande impacto sobre a maneira dos estudantes enxergarem a profissão e o campo de atuação. Como visto nas falas anteriores, de Tulipa e Célia, as impressões positivas superam as negativas no curso de enfermagem. No que diz respeito à medicina foi relatado tanto exemplos positivos como negativos, vejamos:

Assim, a gente tem professores muito, muito bons que também são muito humanizados e colocam isso de uma forma, assim, que a gente fica querendo se espelhar nele. O contato que ele tem com paciente ou a delicadeza que ele tem de colocar as coisas; mas claro que também tem professor que eram totalmente o oposto do que a gente queria ser, de ser grosseiro, responder de forma atravessada, zombar por que o paciente era mais humilde e não entendia tal coisa. Então acho que a gente aprende o, o melhor e o pior com os nossos professores. (Lindovaldo)

Eu diria que alguns poucos se destacam que a gente percebe, que tem isso “poxa, que dá essa importância” [à humanização], né, que você percebe, né, que tem uma entrega naquele momento. E a

maioria é indiferente, digamos. E alguns outros se destacam negativamente. (Chico Bento)

Eu acredito que é uma formação muito interessante na UFPE, no Hospital das Clínicas, porque os professores sempre foram muito compromissados com a humanização, mas não que isso seja trabalhada de uma forma muito direta, sabe? Eu entendo que seja humanização, também, quando o professor diz que a gente tem que escutar o paciente, (...) que a gente precisa chegar no horário, a gente precisa atender eles bem, a gente não deve tá numa consulta dividindo a nossa atenção com o celular ou conversas paralelas, entende? (Cajuíno)

Segundo as percepções dos estudantes e egressos de medicina, é possível analisarmos que há uma maior variedade entre os perfis dos profissionais-docentes se comparados aos de enfermagem. Entretanto, parece haver maior expressividade de exemplos menos humanizados.

Cabe ressaltar, como vimos no capítulo anterior, que a humanização não está sendo referida a um ideal romantizado desses profissionais, como gentis e bonzinhos, por exemplo, e sim a uma posição política, no sentido de uma reordenação das práticas de saúde.

Baseados nas análises das DCNs, dos perfis curriculares e das percepções dos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem da UFPE, conseguimos apreender que há um movimento que busca alcançar as diretrizes e princípios do SUS. Entretanto, tais iniciativas encontram obstáculos dentro do próprio campo da saúde. Considerando que os currículos básicos desses cursos não conseguem abarcar, de acordo com os seus acadêmicos, de modo satisfatório, questões como a humanização, é que possivelmente práticas extracurriculares que abordam essas questões ganhem força.

À vista disso, projetos de extensão universitária como o PERTO podem ser entendidos pelos alunos de saúde como uma forma de complementar suas formações, com enfoque na humanização e no cuidado. Veremos a seguir como os egressos e estudantes, dos cursos aqui analisados, compreendem o impacto do projeto na construção deles como profissionais.

5.3 PREENCHENDO LACUNAS?

Como vimos anteriormente, os currículos de medicina e enfermagem da UFPE não conseguem suprir todas as demandas relativas à inserção dos conteúdos pertinentes à humanização e correlatos. Sendo assim, atividades extracurriculares podem ser alternativas para preencher essas lacunas. Conforme apresentado no segundo e no terceiro capítulo, a palhaçoterapia pode ser entendida como uma ferramenta potente para a discussão dessas temáticas.

Portanto, buscamos compreender de que maneira os estudantes e profissionais percebiam os impactos do PERTO em suas formações, em especial no que tange à humanização e cuidado. Que serão discutidos nos próximos dois tópicos, o primeiro dedicado aos alunos e o segundo aos egressos.

5.3.1 AS PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES SOBRE A INFLUÊNCIA DO PERTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO

Analisaremos, então, as percepções dos estudantes sobre a contribuição do PERTO em suas formações. Ao responderem minhas perguntas no tocante a esse tópico, eles apresentaram em suas falas categorias como *enxergar o paciente como um todo* (além da enfermidade), *aprender sobre humanização* (nas oficinas) e *melhora na interação com o paciente*.

Eu acho que é o contrário do que eu vejo em aula. Em aula, eu vejo muita fala sobre humanização, mas no PERTO essas dinâmicas você sente a humanização, você passa por jogos, assim, dinâmicas, que você sente o confiar, sabe, o olhar, o singular, assim, por meio da dinâmica, então é muito mais transformador porque se fala muito sem palavras e muito você participa de processos que vão fazer você olhar diferente, vão lhe agregar a nível de humanização. (Carla)

Tudo tá em torno dessa questão da humanização e um outro olhar que você tem quando chega no setor, sabe, você vê as pessoas que estão ali além da enfermidade que ela tá apresentando ali, daquele quadro que ela tá. Você enxerga o além, porque quando você vai pro

PERTO, você exclui de uma certa forma isso e você busca mais ver quem é aquela pessoa, interagir com ela, conversar, sabe? (Tulipa)

Eu acredito que por mais humano, por mais educado, por mais respeitoso que qualquer profissional possa ser, ele vai tá sempre no espaço de profissional de saúde; então acaba sendo um espaço que por mais que a gente tente equilibrar, trazer pra um diálogo de respeito, uma atenção realmente holística, a gente não consegue chegar a uma relação horizontal porque a gente vai tá sempre num patamar de superioridade, sabe, a pessoa pode tá fragilizada, tá acometida de uma doença e muitas vezes ela depende de você, depende do seu tratamento, do seu cuidado ali, então você não tem uma relação horizontal com aquela pessoa. E ao mesmo tempo quando você se coloca ali como palhaço, quando você se coloca nesse espaço você não tem esse compromisso de passar uma medicação, de saber se tá tudo bem, de examinar, então você tá ali pra encontrar aquela pessoa, para conhecer ela, pra ela gostar de você ou ela não gostar, às vezes. (...) quando a gente se coloca no papel de estudante de medicina ou de médico que a gente vai ser, eu acredito que a gente tem uma relação médico-paciente, então a gente encontra uma pessoa em que a gente possa prestar um serviço de saúde, que a gente possa ajudar de alguma forma com nosso saber técnico. Já quando a gente se encontra lá como palhaço, como extensionista do PERTO, eu acho que você encontra as pessoas e percebe as pessoas em um outro espaço que não é esse espaço de consulta, não é esse espaço de avaliação, não é esse espaço de profissional de saúde médica; é o espaço de pessoa-pessoa... (Cajuíno)

Fundamentados pelos discursos dos estudantes podemos concluir que eles entendem que o PERTO contribui de maneira positiva em suas formações. Por possibilitar uma nova forma de se relacionar com os pacientes, no sentido de construir relações horizontais, que pode ser remetido a figura do palhaço que se movimenta no mesmo patamar que o usuário, como discutimos no segundo capítulo sobre o nariz vermelho. E dessa forma, conseguem visualizar e estabelecer relação com a pessoa e não somente um paciente, uma pessoa que necessita de cuidados

profissionais. Por conseguinte, permite perceber o paciente para além de sua doença, já que esse não se limita à mesma.

5.3.2 AS INTERPRETAÇÕES DOS EGRESSOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM AOS IMPACTOS DO PERTO EM SUAS FORMAÇÕES

Nas conversas com o grupo de profissionais, quando eu questionava sobre a influência do PERTO, foi unânime que o projeto tinha contribuído de forma positiva para as suas formações. As percepções de médicos e enfermeiras sobre a repercussão do projeto em suas construções profissionais muito se assemelham. Também apresentaram respostas parecidas com as que vimos anteriormente dos estudantes.

Dessa maneira, os trabalhadores da saúde acionaram as categorias *melhora na relação com o paciente, reconhecimento do Outro, potencialização das dimensões do cuidado e respeito ao paciente*. Observemos os entendimentos de enfermeiras e médicos sobre como o PERTO contribuiu em suas formações profissionais.

Visão das enfermeiras:

(...) como é que eu posso dizer, na sala de aula a gente aprendia, é, literalmente, né, e no PERTO a gente aprendia na prática o que era humanização. Eu fui ter contato com os pacientes primeiramente com o PERTO, depois que eu fui para estágios do curso. Então, quando eu fui para os estágios do curso eu percebi que era como se, não que eu tivesse na atuação da palhaçoterapia, mas era como se eu quisesse levar aquele paciente tanto a sério como também nas atuações, aquele olhar no olho, saber o que é que ele tá passando naquele dia, não só chegar “ó fulano de tal, esse é o seu remédio, você vai tomar”, “vai tomar banho, que a gente vai ter que trocar seu curativo”; mas não, chegar lá conversar, criar um, como se fosse um, construir algo com ele, perguntar como foi o dia, pra ele também confiar na gente, ter essa troca de confiança, não só se jogar assim, jogar os procedimentos e pronto... (Margarida)

(...) E aí o PERTO é isso, é você realmente conseguir olhar do outro lado da história, quem você quer ser ali, né. Quando você começa a ver que existe profissionais que a gente chega e é aquele, né, entra no jogo e aquele profissional que a gente tem pena assim de fato, né, que perde muito, ele, né, em vez de ganhar, ele perde, naquele momento ali. E assim a questão do paciente, né, a gente respeita muito, (...) a gente respeita muito a posição do paciente. Nada que é feito a gente vai quebrar ali a privacidade dele e o direito dele de ir e vir, a gente só, realmente, estabelece uma conexão se a gente perceber que a porta tá aberta, né... E que quando tá aberta rende muitos frutos. (Francisca)

Ele [o PERTO] foi muito, muito, muito, ele é, na verdade, muito importante. Porque Rafa [Rafa é Gentileza, o formador do PERTO] uma vez falou quando a gente se entende como palhaço, a gente se vê como ele pra vida inteira, sempre vai ser nosso personagem, né. E ele ainda é muito importante, ainda mais nos tempos de hoje de pandemia, a gente tem apenas os nossos olhos pra se expressar com os pacientes. (...) Como hoje é importante porque como tinha toda a vivência lá, olhar no espelho se vê, se enxergar no outro, hoje em dia é muito isso, a gente humaniza muito mais, ele ainda é muito importante porque hoje em dia em tão pouco que a gente pode se expressar e se vê no outro a gente consegue e eu sei que a gente se vê por conta desse projeto, assim, que ele desperta muita coisa boa na gente, pra vida. (Célia)

Visão dos médicos:

A minha impressão é que, é realmente um divisor de águas, pra mim, no curso. (...) O PERTO é incomparável nisso dentro da formação e porque os valores que você constrói ali, você vai exercitando também, né. Claro, várias das coisas que a gente faz no PERTO eu também já tinha na minha cabeça, já pensava como é que tinha que ser o dia a dia do cuidado, eu já imaginava muitas das coisas. Eu acho que o PERTO potencializa alguns pensamentos bons que você tem, abre a cabeça um pouco pra outros... (Jason)

(...) acho que sem dúvida ele contribuiu bastante por uma questão, também, muito pessoal. Assim, eu me transformei como pessoa e

isso modificou a minha prática como estudante de medicina. E... Acho que do que eu seria como médico e o que eu tô sendo, acho que isso também mudou. (Lindovaldo)

Para estimular mais a resposta de Lindovaldo para que ele desenvolvesse como ele entendia que o PERTO contribuiu, perguntei os aspectos nos quais ele percebia essa influência.

(...) aborda essa questão do contato muito diferente com o paciente, mas se a gente não tiver isso não dá para saber muito sobre, tipo, qual história daquele indivíduo, o que é que ele tá com medo naquele momento, o que é que ele tá pensando em morrer e isso a gente te fala de uma forma de um tom que é brincadeira, mas ao mesmo tempo é uma coisa muito séria, sabe. Que é o que Gentileza fala sobre o encontro, não é um jogo, mas é o que você consegue provocar no encontro e eu lembro de muito paciente, assim, que a gente via na terminalidade conversava sobre esse processo da morte isso de uma forma leve às vezes era bem doloroso, triste, assim, a gente saía lá, chorava durante o processo eu acho que é uma coisa, assim, eu acho que não tem muito o que se assemelha a esse tipo de formação, esse tipo de prática, sabe, da palhaçoterapia... (Lindovaldo)

A partir dessas falas, podemos perceber que o elemento da sensibilização permeia todas elas, como a principal contribuição do projeto na formação desses profissionais. Em consonância com o estudo de João Victor Moreira et al. (2021) com estudantes de medicina da Universidade de Pernambuco, que associa a sensibilização à iniciação de *clown*, por ser uma oportunidade de estimular a sensibilidade. Como também, à participação na palhaçoterapia permite uma maior aproximação com as artes e outros ambientes para além da medicina.

Em vista disso, a possibilidade de uma visão mais ampla do processo de saúde-doença aos integrantes do projeto significaria uma sensibilização destes com relação as suas práticas.

Isto posto, conseguimos compreender que o palhaço, para os estudantes, se configura como um instrumento para a sensibilização ou mesmo humanização de suas ações.

*

Ao longo desse capítulo e dos demais pudemos observar a complexidade presente no campo da saúde no Brasil. Que se reflete na formação dos profissionais de saúde, no caso desta dissertação em especial, os de enfermagem e medicina.

O SUS é um dos responsáveis pela formação dos trabalhadores da saúde, por isto, seus princípios e diretrizes devem estar contemplados nos currículos de tais cursos na universidade. As DCNs norteiam de que maneira as universidades podem inserir essas questões no processo pedagógico dos alunos.

Assim, podemos perceber que há um movimento, por parte das instituições, com o objetivo de trazer os temas aqui discutidos à educação de médicos(as) e enfermeiros(as). Entretanto, nota-se que não são abrangidos de forma satisfatória, percebido pela insatisfação dos usuários aos atendimentos dos profissionais, ou mesmo pelos próprios estudantes e egressos como aqui apresentados.

Atentos às demandas de humanização e cuidado no processo de formação dos profissionais, atividades extracurriculares podem ser vistas como boas alternativas para preencher algumas lacunas deixadas pelo currículo obrigatório; a exemplo do PERTO.

Como visto no segundo capítulo, as oficinas oferecidas pelo PERTO possuem o intuito de introduzir os extensionistas na arte do palhaço e produzir espaços de discussões sobre práticas terapêuticas. Neste, foi possível compreender de que maneira os estudantes e profissionais entendem os impactos do projeto em suas formações. As oficinas e os contatos com os pacientes no Hospital das Clínicas se mostram como momentos bastante ricos e com grande capacidade de reverberar em suas vidas profissionais e pessoais.

Portanto, o entendimento de que o PERTO contribui positivamente na construção profissional, pelos meus interlocutores, é claro. Se constituindo em um lugar fecundo aos debates sobre humanização no atendimento, superando significativamente os demais espaços – poucos – oferecidos pela universidade durante suas graduações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A racionalidade biomédica, que norteia as práticas de saúde, associa o indivíduo à máquina, tratando-o por partes. Os aspectos biológicos e tecnicistas são exaltados, em detrimento às questões culturais, sociais, emocionais e psíquicas. No Brasil, desde a década de 1980, são realizados esforços para superar essa visão fragmentada. Estando atento à pluralidade dos determinantes no processo de saúde/doença.

Assim, o presente estudo buscou compreender os desdobramentos das iniciativas que perpassam da criação do SUS ao perfil atual dos profissionais de saúde. Portanto, ao longo desta dissertação procurei analisar a formação de médicos(as) e enfermeiros(as) da Universidade Federal de Pernambuco, dando importância a categorias como cuidado e humanização e seus atravessamentos com relação ao projeto de palhaçoterapia, PERTO.

As práticas de saúde são regidas pelas concepções do *modelo biomédico*. Porém, isso não significa que não haja dentro do campo da saúde tensões provocadas por este modelo. Logo, há movimentos que, embora não o rejeite por completo, ao menos trazem ao campo médico discussões sobre o tema. A própria implantação do SUS, com toda sua elaboração a respeito do processo saúde/doença, e suas demais ações se configuram como uma mobilização por formas diferentes para as ações em saúde, não se limitando a essa racionalidade.

Dentre as atribuições do SUS, de acordo com a Lei Orgânica nº 8.080 de 1990, está a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Dessa maneira, a construção desses profissionais deve apresentar-se em sintonia com os princípios do sistema público de saúde, como a integralidade e igualdade da assistência.

Partindo das diretrizes instituídas na Constituição Federal de 1988, o SUS se caracteriza pela universalidade de acesso à saúde, como também pelo emprego do amplo conceito de saúde que abrange, entre outros determinantes e condicionantes, a alimentação, moradia, trabalho, renda, saneamento básico, educação e lazer.

Dessa maneira, compreende-se que os trabalhadores formados a partir da ordenação do SUS deveriam ser ensinados e, por conseguinte, compartilhar dos princípios e diretrizes referidos. Resultando, assim, em profissionais atentos ao indivíduo em todas as suas dimensões. Entretanto, apesar de sua criação ter significado grandes avanços à saúde no Brasil, o SUS enfrenta dificuldades para executar seus preceitos. Portanto, lança mão de uma série de estratégias e políticas com o intuito de aperfeiçoar o sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família é um exemplo de iniciativa que buscava a reorientação do modelo de assistência básica com o objetivo de aproximar-se ainda mais dos princípios do SUS. Destinando-se a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, gerando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Outro exemplo é a Política Nacional de Humanização, que foi desenhada a partir dos desafios enfrentados pelo SUS. Como a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho que impactam nas relações entre profissionais e usuários; e o despreparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas existentes nas práticas de atenção. Desse modo, há, portanto, uma crítica à formação de trabalhadores da área. E por conseguinte a PNH propõe mudanças no atendimento, na gestão e na educação dos profissionais, visando a valorização dos sujeitos envolvidos na produção de saúde.

A PNH aponta para a necessidade da inclusão da humanização como conteúdo e/ou componente curricular na formação de todos os profissionais da área de saúde. Em vista disso, busquei compreender de que maneira esse tema estava presente nesses currículos da UFPE, delimitando aos cursos de medicina e enfermagem. A partir de análise de documentos, mas de forma mais importante, as narrativas dos estudantes e recém-formados desses cursos.

Assim, pude identificar a presença de componentes curriculares que se referem ao cuidado – Ética do Cuidado para o curso de enfermagem –, às questões sociais – Saúde e sociedade para medicina –, e a humanização na saúde – disciplina eletiva de medicina. Fundamentado pelos relatos dos meus interlocutores, foi possível verificar que apesar do currículo indicar possibilidades para o ensino do

cuidado, humanização e temas correlatos, não se apresenta de maneira satisfatória, considerando que a abordagem é realizada de forma superficial.

Como vimos, cuidado e humanização são categorias de difícil conceitualização, dado ao caráter polissêmico de ambas. Esse pode ser um dos motivos para os entendimentos diversos apresentados pelos entrevistados quando discutido sobre essas questões. Todavia, a maioria dos participantes desta pesquisa associavam essas categorias à dimensão subjetiva e pessoal dos profissionais. Pouco acionando a humanização como um movimento político, que busca a remodelação dos processos de saúde, como aponta a literatura. Isso pode ser explicado, justamente, pela superficialidade dos debates sobre essa questão durante a graduação. Reforçando, conseqüentemente, a necessidade de aprofundamento desses assuntos durante a formação desses futuros profissionais de saúde.

Há uma busca, portanto, dos próprios estudantes, por suprir essas lacunas do perfil obrigatório dos cursos. Como é o caso do PERTO, que foi implantado na UFPE a partir do interesse e mobilização dos estudantes de medicina. Atividades extracurriculares, como a extensão, são de extrema importância e valor para a construção dos futuros profissionais de nível superior, por permitirem uma formação mais ampla. Porém, pela própria natureza dessas atividades, elas são opcionais, dependendo, entre outras coisas, da escolha dos estudantes por realizarem. Assim, ingressar no PERTO ou em outro projeto que se dedique a humanização, por exemplo O caminho, está condicionada ao interesse em participar. O que nos leva ao questionamento da participação daqueles que já tinham o interesse nessa temática; por conseguinte, o PERTO se configura muito mais como um espaço potencializador de humanização e cuidado que já estava presente no perfil pessoal dos acadêmicos do que um lugar de aprendizagem desses assuntos. O que pode ter relação com o fato de, na prática, não haver atuação no projeto de nenhum professor da UFPE.

No decorrer desta dissertação, as dificuldades e os desafios sempre estiveram presentes, da execução das práticas de saúde à formação dos profissionais. Essas situações também se mostram presentes no PERTO. Que se propõe ao cuidado humanizado e propiciar aos integrantes reflexões com o intuito de sensibilizá-los a respeito desses temas em suas futuras atuações profissionais; e com isso se direciona ao remodelamento na atenção à saúde. Entretanto, de certa

maneira acaba por reforçar práticas ancoradas na racionalidade biomédica. Seja, mesmo que na tentativa de propor relações horizontais entre profissionais e pacientes, reforçando as posições diferentes que estes ocupam; atingindo apenas essa relação horizontal quando o estudante – fazendo referência ao profissional – se apresenta como palhaço frente ao paciente. Seja pela atenção na comunicação entre os sujeitos envolvidos, no sentido de uma interação gentil e clara, mas também com o intuito da adesão irrestrita do paciente ao tratamento proposto pelo profissional.

O PERTO se mostrou como um lugar – importante e necessário – propício para a discussão sobre humanização e consequentemente da saúde integral. Como também, um espaço para construção de relações proveitosas entre os estudantes dos vários cursos de saúde desta universidade, que dentre outros objetivos está a possibilidade de refletirem em profissionais mais preparados para interações exitosas em equipes multiprofissionais.

Desse modo, no decurso deste estudo foi possível visualizar os avanços e dificuldades enfrentadas no SUS e, portanto, nas práticas de saúde. Desdobrando no processo de formação dos profissionais que irão compor seus quadros de trabalhos, e mais uma vez enxergamos progressos e obstáculos. Busquei assim analisar o perfil curricular de medicina e enfermagem associando ao projeto extensionista de palhaçoterapia. Sendo possível compreender as contribuições positivas do PERTO na formação de médicos(as) e enfermeiros(as) a partir das narrativas dos entrevistados. E da mesma forma que os demais debates, apresenta ganhos e pontos negativos, como apresentado anteriormente.

Procurei, por meio dessa dissertação, evidenciar as experiências dos estudantes e suas percepções sobre seus processos de formação. Bem como refletir junto com eles sobre a humanização na atenção à saúde e em seus currículos. Com o intuito de promover a reflexão a respeito das questões abordadas; podendo, assim, contribuir para uma discussão ampliada tanto entre os responsáveis por desenhar políticas públicas quanto por aqueles encarregados por elaborar os currículos dos cursos de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ana Maria. **Teatro de formas animadas: máscaras, bonecos, objetos**. São Paulo: Edusp, 2011.

ARAÚJO, Naiara S., & TOLEDO JÚNIOR, Antônio. **A empatia em acadêmicos de medicina em relação ao paciente pediátrico: estudo transversal unicêntrico, 2019**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2020.

AYRES, José R. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2005a.

_____. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. In: MINAYO, M.C.S. and COIMBRA JR, C.E.A., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BENEDICT, Ruth. **O crisântemo e a espada: padrões de cultura japonesa**. [Tradução César Tozzi] São Paulo: Perspectivas, 2014.

BONET, Octávio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. **Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold**. Sociologia & Antropologia, 327-350, 2014.

_____. **De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde**. Em E. M. NEVES, M. R. LONGHI, & M. FRANCH, *Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania*. João Pessoa: ABA Publicações, 2018.

BORGES, Adrielle G.; VANNUCHI, Marli T.; GONZÁLEZ, Alberto; VANNUCHI, Rafaela. **Caracterização e expectativas de estudantes ingressantes de um curso de graduação em enfermagem**. Revista Espaço para a Saúde, 2010.

Brasil. **[Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem, 2001.** Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf> > Acesso em 22/01/2022 às 10h08min.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, 2014.** Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> > Acesso em 21/01/2022 às 10h02min.

_____. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, De 20 De Junho De 2014.** BRITO, Ana Katarina de. **Palhaçoterapia: cuidado e humanização nas práticas de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

CAMARGO JR, Kenneth R. **A biomedicina.** *Rev. Saúde Coletiva*, 177-201, 2005. CASETE, Juliana C., & CORREA, Adriana K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado.** *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2005.

CATAPAN, Soraia de Camargo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; ROTTA, Tatiana Marcela. **Palhaçoterapia em ambiente hospitalar: uma revisão de literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9):3417-3429, 2019.

CLAUDINO, Filipe. C.; LUCENA, Marcelle M.; SILVA, Erin B.; BAROFFIO, Anne; GERBASEL, Margaret W. **Associação entre Empatia e Personalidade em Estudantes de Medicina.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2020.

COMTE-SPONVILLE, André. (2009). **Pequeno tratado das grandes virtudes.** São Paulo: Martins Fontes.

COSTA, Fabio D.; AZEVEDO, Renata C. **Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2010.

CUTOLO, Luiz R. **Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica**. Arquivos catarinenses de Medicina vol.35 nº4, 16-24, 2006.

DESLANDES, Suely. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, 2004.

_____. **Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica**. In: DESLANDES, Suely. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

Edital de seleção 2019. Palhaçoterapia do Hospital das Clínicas da UFPE: Projeto de Encontro e Riso terapêuticos (PERTO).

HIRATA, Helena. **O trabalho de cuidado**. SUR, 53-64, 2016.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Cadernos de Revista, 2007.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KERGOAT, Danièle. **Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho**. In: LOPES, Marta; MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins, 2004.

MARTINS, Paulo H. **Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação**. Debates. Cescontexto, 10-19, 2015.

MATTOS, Rubens A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos** in PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens Araújo de (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MORAIS, Gilvânia S.; COSTA, Solange F.; FONTES, Wilma D.; CARNEIRO, Alan D. **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. Acta Paul Enferm, 2009.

MOREIRA, João V.; ALMEIDA, Marcio J.; SANCHES, Leide C.; GONZÁLEZ, Alberto D.; BARREIROS, Rafael N. **A arte do palhaço na educação médica**. Revista Brasileira de Educação Médica 45 (3) : e168, 2021.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiane V. **O sistema Único de Saúde - SUS**. In: GIOVANELLA, Ligia et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jarnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Ligia; MACINKO, Ames. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, 11-31, 2011.

SANTOS, Bruna M. **Uma ciência do cuidado: racionalidades e afetos no campo da enfermagem**. *Áltera*, v.3, n.11, p. 165-199, 2020.

SIGAUD, Cecília; SOUZA, Nayara; NOBREGA, Angélica; TORIYAMA, Aurea; COSTA, Priscila. **Motivos de estudantes de enfermagem para a escolha da carreira**. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.*, 2016.

SILVA, Maria J. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. *Rev. Bioética*, 2002.

SOARES, Ângelo. **Assédio moral: o estresse das vítimas e das testemunhas**. In: C. LIMA, C; OLIVEIRA, J. A.; MAEANO, M. *Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho*. São Paulo: Fundacentro, 2013.

SOUZA, Renilson. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002.

TAKAHAGUI, Flavio Mitio; MORAES, Érika Neves de Souza; BERALDI, Gabriel Henrique; AKAMINE, Guilherme Kenzzo; BASILE, Maria Aparecida; SCIVOLETTO, Sandra. **MadAlegria — Estudantes de Medicina Atuando como Doutores-Palhaços: Estratégia Útil para Humanização do Ensino Médico?** *Revista brasileira de educação médica*, 38 (1): 120 – 126, 2014

TESSER, Charles D.; LUZ, Madel T. **Racionalidades médicas e Integralidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 195-206, 2008.

TRAD, Leny A. **Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002.

_____. **Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica**. In: DESLANDES, Suely. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

TURNER, Victor W. **O processo ritual: estrutura e anti-estrutura**. Tradução Nancy Campi de Castro. Petrópolis: Vozes, 1974.

The Hospital Clown Newsletter, P.O. Box 8957, Emeryville, CA 94662 Vol.4 (1999) Nº. 1

UFPE, **Projeto pedagógico do curso de graduação em medicina**: campus Recife, 2019.

VALE, Eucléia G.; PAGLIUCA, Lorita M. **Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2011.

WERNET, Monika W.; MELLO, Débora F.; AYRES, José R. **Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde**. Texto Contexto Enferm, 2017.