

# Dinámicas del cuidado: de la Psicología Analítica al SUS

Victor de Freitas Henriques\*  
Marina de Carvalho Oliveira\*\*

## Resumen

Este artículo recupera premisas de la Psicología Analítica como posibilidades de incitar discusiones sobre dificultades que enfrenta el SUS. Es un trabajo teórico en que delimitamos la equidad, un principio del SUS, y la concepción de dinamismo de alteridad en la Psicología Analítica como puntos convergentes de diálogo que señalan la comprensión de los factores necesarios para existencia de una situación de salud y atención. Argumentamos que las pautas formuladas por el Ministerio de Salud sobre autonomía y protagonismo de usuarios y agentes del SUS, en la búsqueda de promoción de salud y superación de la dicotomía entre salud/enfermedad como una siendo la ausencia de otra, se enriquecen cuando son analizadas

junto a la relación dialéctica señalada por autores de Psicología Analítica entre la imagen del cuidador y el paciente. Inicialmente, rescatamos la noción de equidad y la relacionamos con la idea de dinamismo de alteridad y cuidado en la Psicología Analítica. ■

**Palabras clave:**  
salud pública;  
equidad;  
psicología  
analítica;  
dinamismo  
de alteridad;  
cuidado.



\* Doutorando em História e Filosofia da Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestrado em Psicologia e Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei. e-mail: <vf\_henriques@hotmail.com>

\*\* Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe. e-mail: <marina.carvalho.psi@gmail.com>

## Dinámicas del cuidado: de la Psicología Analítica al SUS

### 1. Introducción

Tres décadas después de la concepción de las leyes y directrices que implementaron el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, nuevas/ viejas dificultades prevalecen, con respecto a las atribuciones de los dispositivos que lo componen. Dentro de los factores que sobrevivieron a lo largo de los años y que operan a contramano de la reconstrucción y expansión del SUS pueden ser mencionados los siguientes: la devaluación de los trabajadores y negligencia con los derechos de los usuarios, la falta de agentes cualificados que conozcan las necesidades específicas de las poblaciones locales, la ausencia de monitoreamiento y evaluación respecto a la efectiva implementación de acciones debatidas en encuentros de planeamientos de órganos de gestión, los intereses corporativos y políticos/partidistas que se superponen a los intereses de la población, la homogeneización de las prácticas que ignoran especificidades y diversidades históricas, culturales y sociales, la ausencia de modelos descentralizados que privilegian lo protagonismo de los usuarios, y los crecientes efectos de las políticas neoliberales cuyo interés en la mercantilización de la salud que emprende y difunde una imagen de ineficiencia en las políticas públicas del Estado en favor de la eficacia del sector privado (MOREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2018).

Estas dificultades no son inherentes al SUS, ya que habían sido identificadas en el contexto de la salud del país por movimientos que fueron conocidos en la década de los 1970 como “Reforma Sanitaria”, siendo la propia creación del SUS una propuesta de superación de estas dificultades. De esta forma, esfuerzos se han emprendidos para intentar garantizar la provisión y acceso a servicios sanitarios de buena calidad a través de los dispositivos del SUS.

En este sentido, en 2003, fue creada la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud (PNH) con la intención de ofrecer directrices que corresponsabilizasen los trabajadores y usuarios en la construcción de una red eficiente de salud. El principio de la humanización se mostró tan polisémico cuanto el término por el cual se designa, siendo discutido principalmente en dos documentos lanzados por el Ministerio de Salud en 2004: *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanización – la humanización como eje que marca el norte de las prácticas de atención y gestión en todas las instancias del SUS* y *Humaniza SUS: documento base para los gestores y trabajadores del SUS*. La noción de humanización presentada en los documentos trata, entre otras cosas, sobre la valorización de trabajadores y usuarios del SUS, así como sobre la responsabilidad de los mismos en la construcción y gestión colaborativa de sus actividades (BRASIL, 2004; 2009). De una investigación realizada por Martins y Luzio (2017) en la que fueron conducidas entrevistas con trabajadores, usuarios y apoyadores del SUS al respecto de sus entendimientos de la idea de humanización, se puede deducir que las definiciones de humanización son encontradas en sus vocabularios y, muchas veces, en sus prácticas, lo que no implica la inexistencia y permanencia de los factores ya mencionados que minan la reconstrucción y expansión del SUS.

De ese modo, creemos que la reactivación de las discusiones sobre las dificultades aún presentes en el ámbito de la salud pública en Brasil es de extrema necesidad. Buscamos contribuir con dicha problematización partiendo de la noción de imagen, presente en el campo de la psicología analítica, puesto que si analizamos los documentos del Humani-

zaSUS, diseñados por el Ministerio de Salud y sus directrices sobre equidad, autonomía, protagonismo de los usuarios y agentes del SUS en la búsqueda de promoción de salud y en la superación de la dicotomía entre salud/enfermedad, percibimos afinidades entre los temas, en lo que concierne a la posibilidad de que el individuo vivencie diferentes papeles, ejerciendo variadas funciones durante sus procesos de curación y padecimiento.

Encontramos en la literatura de la psicología analítica la concepción de que cada acción es mediada por una imagen, un proceso simbólico que puede ser transformado en trabajo. Partiendo de esa premisa, la posibilidad de que un usuario de determinado servicio de salud se encuentre como sujeto agente, comprometido, que trabaje en la comprensión y administración de su proceso de padecimiento, sería mediada por la capacidad del mismo de reconocer, significar y actuar a partir de las imágenes de salud y enfermedad que lleva consigo.

Para demostrar estas aproximaciones, presentamos el *Humaniza SUS: documento base para gestores y trabajadores del SUS* como un marco en el ofrecimiento de directrices que convocan y corresponsabilizan usuarios y trabajadores que ejerzan funciones determinantes en la promoción de salud. La idea de corresponsabilización del usuario permite inferir la existencia en la imagen de un curador potencial, pues trata sobre la capacidad del mismo de comprensión y participación de los procesos que vive. Así, podemos pensar las directrices como lentes que focalizan las imágenes de cuidado, esto es, las etapas, actividades y movimientos necesarios a la existencia del mismo.

Posteriormente, presentamos la noción de equidad presente no apenas en el *Humaniza SUS*, sino también, como uno de los principios del SUS, las dificultades en su conceptualización y comprensión, y cómo esa idea es fundamental para que usuarios y trabajadores de los servicios de salud puedan evocar las imágenes de cuidado y transformarlas en acción.

Después, recuperamos el concepto de dinamismo de alteridad en la literatura de psicología analítica como potencia teórica capaz de promover y ofrecer bases para la discusión de la importancia de autonomía y participación de los usuarios de servicios de salud en sus procesos de padecimiento y cura.

El rescate y relanzamiento de una discusión tiene como objetivo no dejar que propuestas significativas sean perdidas. Cuando elegimos el *Humaniza SUS*, un texto con más de una década y media de existencia como punto de partida, estamos reiterando la idea de necesidad de recuperar lo que ya fue dicho y romper con la falsa premisa que relaciona progreso y desarrollo a la producción inédita. Reconocemos que de ningún modo toda la cuestión de los retos que enfrenta el SUS ha sido revelada, sin necesidad de nuevos enfoques y, precisamente por eso, rescatamos antiguas premisas que se muestran actuales al mismo tiempo que buscamos ofrecer nuevas posibilidades de diálogo y problematización en la aproximación con el campo de la psicología analítica.

## **2. Origen y función del Humaniza SUS: Documento Base Para Gestores y Trabajadores del SUS**

En 2004, el Ministerio de Salud de Brasil lanzó un documento titulado *Humaniza SUS: documento base para gestores y trabajadores del SUS*, producto Política Nacional de Humanización de Atención y Gestión del SUS (PNH) de 2003. A través del documento, el Ministerio de Salud presentó los avances, hasta la época, de conquistas procedentes de la Ley Federal nº 8.080/1990 que aboga por la implementación del SUS, pero también apuntó los principales retos enfrentados en la reforma de la salud pública en Brasil, como la necesidad de ampliación y cualificación de la atención básica, la superación de la dicotomía entre salud y enfermedad (una siendo la ausencia de la otra), y el fomento de la “cogestión”, en el que trabajadores y usuarios participan de los procesos de producción de salud (BRASIL, 2009).

Observando que la dificultad en la promoción de salud y del cuidado en la red del SUS estaba enlazada a la falta de entendimiento por parte de los propios profesionales de las instituciones sobre lo que son esas prácticas, el Ministerio de Salud destacó como posibles causas para esa situación tanto la poca participación de los mismos en los procesos de gestión de la red de salud –lo que dificultaba el protagonismo de los profesionales e impedía su percepción como agentes de transformación de los escenarios de los que hacían parte, haciendo imposible una noción ampliada de cuidado que acababa reflejándose en la creación de relaciones frágiles con los usuarios-, como también la baja inversión de los profesionales del SUS en el proceso conocido como formación continuada y permanente, práctica que recomienda constante actualización de los profesionales en sus áreas de actuación (BRASIL, 2009).

La creación de esos materiales pretende suplir tales desfases, pues convoca y corresponsabiliza a los profesionales en la construcción de las dimensiones del cuidado y promoción de salud. Así, el Ministerio ofrece directrices para los profesionales del SUS a partir de la idea de humanización, comprendida como “la valoración de los diferentes sujetos implicados en el proceso de producción de salud: usuarios, trabajadores y gestores”<sup>1</sup> (BRASIL, 2009, p. 8), partiendo de acciones y posicionamientos como “la autonomía y el protagonismo de los sujetos, la corresponsabilidad entre ellos, el establecimiento de vínculos solidarios, la construcción de redes de cooperación y la participación colectiva en el proceso de gestión”<sup>2</sup> (BRASIL, 2009, p. 8-9), así como de la idea de “ofrecer atención de calidad articulando los avances tecnológicos con acogida, con mejora de los ambientes de cuidado y de

las condiciones de trabajo de los profesionales” (BRASIL, 2004, p. 6)<sup>3</sup>

Para que las directrices sean respetadas, el Ministerio enumera algunos puntos, entre los cuales destacamos: 1) necesidad de acogida de las singularidades de los sujetos atendidos y 2) la superación de la dicotomía salud/enfermedad, como una siendo la ausencia de la otra (BRASIL, 2009).

El énfasis en estos puntos se debe al hecho de que percibimos en ellos un motivo común fundamental para la existencia de la situación de salud y cuidado: el principio de equidad. Pensamos la equidad como posibilidad de movilizar los actores implicados en determinada situación, como por ejemplo, la posibilidad de que el usuario del sistema de salud ocupe, también, la función de agente transformador en su condición y que no simplemente sea identificado como sujeto pasivo del proceso.

A pesar de que el término equidad se encuentre difundido en el campo de salud, Paim y Silva (2010) resaltan que el mismo no figura entre los principios del SUS, sea en la Constitución o en la Ley Orgánica de Salud, siendo usada, en verdad, como sinónimo de igualdad, ese sí tomado como un principio junto con la universalidad e integralidad.

### **3. Dificultades en la definición de equidad en el ámbito del SUS y sus implicaciones para el cuidado y promoción de la salud**

Paim y Silva (2010) a partir de amplia revisión de literatura sobre la equidad en las prácticas de SUS, denuncian la imprecisión con la cual el término fue empleado en producciones teóricas como tesis, disertaciones y artículos. Para ellos, la extensión semántica y la polisemia de que este término fue objeto en razón de su proximidad etimológica con otros vocablos, como igualdad, contribuyó al vaciamiento de su

<sup>1</sup> Traducido por los autores. En el original: “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2009, p.8).

<sup>2</sup> Traducido por los autores. En el original: “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2009, pp. 8-9).

<sup>3</sup> Traducido por los autores. En el original: “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).

sentido. La confusión no se restringe al plano teórico-conceptual, pudiendo también afectar la práctica de los profesionales que actúan a partir de tales ideas. Denuncia semejante es reportada por Viera-da-Silva y Almeida Filho (2009) que, al rescatar documentos de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, teorías de justicia y trabajos filosóficos sobre igualdad y desigualdad en la salud, constataron que la idea de equidad fue utilizada en oposición al término iniquidad que, a su vez, era empleado para describir la ausencia de igualdad.

Barros y Sousa (2016) argumentan que el peligro de tratar la equidad como sinónimo de igualdad está en el hecho de que eso desconsidera las diferencias y diversidades de los fenómenos en la salud, como las heterogeneidades étnicas y culturales de los individuos, al proponer igualdad de tratamiento y comprensión de los casos. El término equidad surge de la necesidad de señalar y acoger diferencias existentes entre la población. Es en el reconocimiento de las diferencias y no en la eliminación de las mismas, que el cuidado puede darse de modo justo.

Al pensar en un contexto de grandes desigualdades sociopolíticas como el presente en Brasil, el principio de equidad orienta los sectores de salud hacia la identificación de poblaciones vulnerables, garantizando a ellas la atención prioritaria. Barros y Sousa comentan:

En el enfoque que prioriza los más necesitados desde el punto de vista económico, clara está la preocupación con la vulnerabilidad presentada por los grupos desfavorecidos, que no apenas sufren mayor incidencia de enfermedades, sino también una mayor presión de condiciones crónicas y de incapacidades en edades precoces (2016, p. 15. Traducido por los autores)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> No enfoque que prioriza os mais necessitados sob o ponto de vista econômico, clara está a preocupação com a vulnerabilidade apresentada pelos grupos desfavorecidos, que não apenas sofrem maior incidência de doenças, como também uma maior carga de condições crônicas e de incapacidades em idade precoce (BARROS; SOUSA, 2016, p. 15).

Albrecht, Rosa y Bordin (2017) destacan que la noción de equidad, más que un concepto, se trata de un principio social, un valor abstracto cuya operacionalización es buscada junto al campo de la moral y de la ética, e invocada en cuestiones de justicia social. En el contexto de la salud, Barros y Sousa (2016) ofrecen una interesante delimitación de la idea de equidad: conjunto de estrategias que permiten la instauración de la igualdad de oportunidad para las condiciones y servicios de salud, llevándose en consideración las diferencias socioculturales, económicas y étnicas de los sujetos.

#### **4. El dinamismo de alteridad como posibilidad de acogimiento de las diferencias**

El concepto de dinamismo de alteridad nos permite alimentar la discusión acerca de la búsqueda de la equidad y su operacionalización en los procesos de salud. Byington (2019) lo describe como el movimiento de encuentro entre sujetos en el cual es constelada la posibilidad de interacción y expresividad legítima entre los mismos, aunque no haya en este encuentro procesos de reemplazo de sus personalidades y de intentos de dominación y subyugación de sus vivencias entre sí.

El dinamismo de alteridad se trata de un funcionamiento arquetípico, una matriz psíquica y comportamental expresada por la condición humana y también moduladora de la misma (JUNG, 2012a). La acción arquetípica revelada por el dinamismo es de la relación, del encuentro entre semejantes o distintos y de los intercambios con los cuales límites y posibilidades son vislumbreados. El ser humano, como ser social, tiene en el dibujo del arquetipo de alteridad la posibilidad de reconocerse tanto como individuo como como miembro de grupos.

Byington (2019) destaca que el encuentro caracterizado por la alteridad se diferencia de la mera aproximación por traer en sí la premisa de un encuentro significativo, transformante, que potencializa y ofrece condiciones para que

los involucrados dejen de lado el narcisismo y el egoísmo en lugar de la creación conjunta. De esta forma, las premisas contenidas en el dinamismo de alteridad nos parece ofrecer un camino hacia la constelación de la situación de equidad, puesto que trae consigo un movimiento de acogida de las diferencias en la cual los sujetos involucrados no buscan proyectar sus experiencias entre ellos, en un intento de nivelarse, sino, resguardan sus particularidades, sus contextos socioculturales y étnicos, al mismo tiempo en que buscan una resolución mutua para la situación en cuestión.

Cambiando esta situación al escenario del SUS, podríamos hablar de encuentros motivados por el dinamismo de alteridad y equidad en la medida en que profesionales de salud y usuarios de los servicios puedan establecer intercambios en un mismo nivel, aunque sus caminos hayan sido, hasta ahora, dispares. Para que este nivel exista, tanto los usuarios necesitan ocupar un lugar activo en sus procesos de enfermedad y curación, como los profesionales de salud necesitan estar disponibles para aprender con los usuarios, uniendo sus conocimientos sobre salud y suposiciones acerca de su tratamiento.

Diferentes vivencias producen diferentes significados sobre salud, curación y enfermedad. Las dificultades de implementación de prácticas que buscan agregar, da voz y expresión a las múltiples concepciones de salud y, por eso, a los variados tipos de tratamiento posibles, pueden tener raíces en la falta de incorporación de estos variados discursos y en la comprensión acerca del papel de los actores involucrados en la cuestión. Después de todo, ¿qué deben hacer profesionales y usuarios de los servicios de salud para garantizar tanto la oferta como la recepción de un control y tratamiento de calidad? La responsabilidad de los dos en todas las etapas del proceso de enfermedad y salud es la respuesta del SUS. ¿Cómo hacer? El acortamiento de la distancia entre profesionales y usuarios parece ofrecer un in-

teresante camino. Esta aproximación propone la superación de papeles estancos y rígidos en que una categoría, los profesionales, tiene la capacidad de planeamiento y ejecución del tratamiento y la otra, los usuarios, son sujetos pasivos del proceso.

Las premisas de la psicología analítica que incluyen la movilización y actuación a partir de los papeles de sanador y enfermo proporcionan una posibilidad de superación de esta dicotomía. Dar voz a los sujetos que construyen el SUS, usuarios y trabajadores, es ponerlos en el lugar de la acción. Ponerlos en el lugar de la acción es acoger sus imágenes, sus experiencias de incautación y percepción de los fenómenos, es investigar los elementos fantasiosos que estructuran y alimentan sus concepciones de sanación, enfermedad, posibilidades, fallas, capacidad de gestionar y administrar sus síntomas, capacidad de acoger, donar y solicitar cuidado. El sujeto con voz pasa a ocupar y querer ocupar diferentes lugares y papeles y, así, transita poseyendo diversos lugares de enunciación: hablar sobre su síntoma con propiedad, propone adecuaciones de tratamiento que comparten con otras dimensiones de su vida y deja de ser solamente un enfermo, pasando a ser alguien que administra los desafíos y aspectos de su salud.

Saber evocar estos papeles y, por lo tanto, las acciones de cuidado, es algo que no está en el núcleo del principio de equidad y en la política de humanización del SUS: no hay tratamiento sin la responsabilización y cogestión que incentive al enfermo a movilizar en sí los elementos autocurativos. Al trabajar en el sentido de crear esta potencia en el usuario del servicio, el profesional de salud podrá enfocarse menos en la cuestión de la adhesión, ya que el paciente también administra su proceso, y centrar su atención hacia la comprensión de las particularidades del discurso del paciente, abriendo la posibilidad de nuevos aprendizajes por la práctica al recetar al paciente como un todo y no como una patología específica.

## 5. Sanador herido y enfermo: la dinámica de los papeles en el cuidado

Groesbeck (1975) y Guggenbühl-Craig (1979) señalan que todo individuo afectado por alguna patología trae consigo el potencial de despertar en sí la imagen del sanador, es decir, la conducta de autocuidado. El término patología tiene raíces en la noción griega de *pathos*, que remite a la movilización de los afectos y del acometimiento del sujeto por vivencias pasionales que pueden causar sufrimiento (CAROTENUTO, 1989). Estas posiciones muestran cuanto los procesos de padecimiento y curación son dinámicos, sin haber papeles estancados como el simplemente enfermo, el simplemente saludable, el exclusivamente sanador o el exclusivamente sanado.

Pensar los papeles de sanador y enfermo en el contexto del SUS es traer a realidad de la salud pública la discusión sobre las polaridades con las cuales los procesos de gestión del cuidado son comúnmente tratados. La polarización rígida que clasifica los profesionales de salud como dueños de las fuerzas sanadoras y los usuarios de los servicios como eternos enfermos, falla en no admitir y facilitar la posibilidad del dinamismo de alteridad, o sea, la posibilidad de que los profesionales de salud sepan acoger los usuarios, rescatando sus potencialidades para que se reconozcan en cuanto agentes transformadores de su situación.

El concepto de sanador herido rescata la naturaleza dinámica de las relaciones en que procesos de enfermedad y curación están en juego. Encontramos en Groesbeck (1975) la descripción de los movimientos de proyección y recogimiento de contenidos conscientes e inconscientes que se presentan en un encuentro entre sanador y enfermo. Estos movimientos son descritos por el autor como aspectos que ilustran la propia naturaleza de la transferencia en un encuentro terapéutico.

La capacidad del sanador de identificar junto al enfermo la naturaleza del sufrimiento del paciente está directamente relacionada a la profundidad con la cual el propio sanador puede

mapear las cuestiones que lo preocupan, sus heridas. No se trata de ser o estar sin cuestiones, síntomas, patologías y problemas en general, algo poco probable en la condición humana. Se trata de buscar la conciencia de los aspectos que son sensibles para que, así, también pueda recibir los contenidos de su interlocutor, que solicitará que los mismos sean acogidos, sin que haya sobrecarga afectiva (GROESBECK, 1975).

Tanto Jung (2012b) cuanto Groesbeck (1975) señalan la necesidad del contacto del terapeuta, o en este caso, cualquier profesional de salud que trabaje las aflicciones de otros, con sus propios conflictos. De esta manera, al estar más consciente de los límites e interacciones entre sus contenidos y los contenidos de aquel que ayuda, el profesional en cuestión estará menos susceptible a la contaminación psíquica que podría paralizarlo a sí mismo y, como consecuencia, al propio tratamiento. Sin embargo, aguantar las dificultades del otro mientras se soporta las suyas es puesta como una condición inicial para un proceso de cuidado. Por la transferencia, el profesional de salud experimenta cuándo y cómo dirigir los contenidos analizados en conjunto nuevamente al usuario, ayudándole a tornarse dueño de sus propias cuestiones.

La promoción de la curación es vista por Groesbeck (1975) como un proceso de revisión constante de los afectos movilizados que surgen en las propias prácticas del cuidado. De este modo, la curación pasa a ser entendida como un proceso dinámico originario de la participación conjunta de profesionales y usuarios.

Guggenbühl-Craig (2018) advierte que la rigidez de los papeles en el proceso de enfermedad y curación pueden ser identificados por ciertos posicionamientos de los profesionales de salud y usuarios. Para el autor, la idea de infalibilidad del profesional oprime y sofoca la autonomía del usuario en la proporción de que este es visto y pasa a verse y a actuar como incapaz, ignorante e ingenuo. Si esta postura es acogida y vivenciada por el usuario, estará retroalimentando en el profesional la ilusión del conocimiento absoluto.

Al inicio de la relación entre profesional y usuario, Guggenbühl-Craig (2018) afirma que la idea de la existencia de diferencia de posición entre ambos respecto al conocimiento y a la capacidad de administrar situaciones de padecimiento, gana un matiz positivo y se vuelve condición para que las imágenes de curación y enfermedad sean evocadas. La confianza puesta por el usuario en el profesional de salud despierta en él mismo la disposición para acoger, informar y cuidar. Tales imágenes son percibidas en las creencias, conductas, hipótesis, temores y expectativas manifestadas en los diagnósticos, pronósticos y tratamientos.

En caso de que este desequilibrio inicialmente necesario sea prolongado, la polarización y rigidez de los papeles llevarán al surgimiento de resistencia de ambas partes; ellas pueden ser observadas en acciones como falta de adhesión y compromiso con el tratamiento por parte del usuario y dificultad del profesional en rever la conducta hasta ahora adoptada.

La necesidad de transformación de la imagen de autocuidado en acción puede obtenerse de la idea de profilaxia, práctica de naturaleza educativa que tiene como objetivo prevenir o disminuir los efectos de patologías a partir de la adquisición del conocimiento sobre las mismas. La profilaxia trae la necesidad de que el paciente tenga condiciones de mantener y regular su salud. Observamos en esta premisa un punto fundamental en la transición de la imagen del enfermo a la imagen del sanador. El principio de humanización del SUS al defender la autonomía y participación del sujeto en su tratamiento diciendo que producir salud es producir sujetos, se beneficia del discurso sobre la necesidad de constelar imágenes de cuidado al reconocer la capacidad del individuo para transitar entre diferentes papeles a lo largo de sus procesos de padecimiento y salud.

La superación de la dicotomía entre salud y enfermedad en la cual una es entendida como ausencia de la otra, puede ser vista en la complementariedad de las imágenes del sanador y

enfermo, en las cuales cedemos la idea de fenómenos contrarios para hablar de diferentes momentos de un mismo ciclo.

Al poner en cuestión las definiciones de normal y patológico, Canguilhem (2009) afirma que el individuo saludable es aquel que acoge los desequilibrios que afectan a un supuesto estado homeostático idealizado por el discurso médico y nota el padecimiento no como un antónimo o ausencia de salud, sino como un proceso adaptativo, atravesado por nociones históricas y culturales.

A pesar de que el discurso sobre salud sea producto de los procesos civilizatorios, no podemos decir que las definiciones actuales de cura, enfermedad o inclusive las conductas de profesionales del campo se construyeron llevando en consideración la multiplicidad de enfoques existentes o que ya existieron. El saber médico, especializado, experimental y empírico ganó éxito sobre las demás terapéuticas gozando del status de discurso oficial. En este sentido, la capacidad de curación fue dejada a cargo de los profesionales de salud, y las teorías de curación y saberes tradicionales fueron calificadas como ineficientes (FOUCAULT, 1977).

El principio de equidad busca rescatar la posibilidad de que el sujeto traiga a su tratamiento posibles discursos de curación y autocura, permitiendo que él evoque imágenes de cuidado que sean legítimas y pertinentes. Ha sido observada mayor aceptación cuanto al ofrecimiento de prácticas integradoras por la Medicina Tradicional y Complementaria en dispositivos del SUS, reflejo importante de la apertura a la incorporación de otros saberes a las prácticas ya instauradas. Sin embargo, programas más continuos y la expansión de los mismos aún son necesarios (SOUSA, TESSER, 2017).

## **6. Consideraciones Finales**

Cuando las singularidades del usuario, su contexto social, cultural e histórico son llevadas en consideración en la acogida y diseño de su tratamiento, en un encuentro verdaderamente

pautado en el dinamismo de alteridad, son creadas las condiciones para que el discurso de él sobre sí mismo sea incorporado al proceso. No se trata, solamente, de un procedimiento ético, sino del núcleo del tratamiento. Para Silveira (2017), los pacientes tienen consigo teorías propias sobre sus procesos de padecimiento, siendo sus síntomas las expresiones de tal fenómeno. Silveira vio en este movimiento lo que denominó procesos autocurativos, en los cuales los síntomas son comprendidos como intentos de restitución de un orden anterior. Podemos decir que el paciente trae consigo tanto el potencial de evocar en los profesionales el repertorio y conducta necesaria a su tratamiento a partir de la manifestación de sus síntomas y de la comunicación de sus propias teorías de cura, como el de volverse el propio "sanador", individuo activo y crítico respecto a los rumbos de su tratamiento.

El empoderamiento del usuario en cuanto participante de las etapas de su tratamiento no se hace en detrimento de la complejidad involucrada en la adquisición de habilidades, técnicas y conocimientos adquiridos por los profesionales de la salud que dedican años de formación y perfeccionamiento en sus áreas. Se trata de proceso dialéctico en el que el discurso del usuario produce sentido en el encuentro con el conocimiento de los profesionales, al mismo tiempo en que el profesional es educado por el propio paciente respecto a sus particularidades. El paciente en calidad de sujeto, productor y constructor de su propia historia, se torna pieza fundamental en su tratamiento.

Cuando hablamos de la participación y co-gestión del tratamiento por el usuario, estamos trabajando con la idea de una acción en potencial. La concretización de esta posibilidad ocurrirá solamente a través de la movilización y comprensión de tales potencias. Para que haya una gestión compartida del cuidado entre el sanador y el paciente, es necesario que haya una relación

horizontal, condición para que ambas partes se expresen por igual. Así, las ideas de equidad y dinamismo de alteridad contribuyen con esta horizontalidad ya que acogen y resaltan la condición inicial de la diferencia entre los actores del proceso; de un lado los usuarios, con sus vivencias y un discurso sobre sí mismos, y del otro, los profesionales, su acumulación de experiencias y conocimientos técnicos, mientras se trabaja para crear condiciones para que estas diferencias sean igualmente valoradas y aceptadas, generando discursos y prácticas que satisfagan los implicados.

Siendo la alteridad la configuración que conecta y valora la relación entre la dimensión del Otro y la dimensión del Ser (BYINGTON, 2008), tenemos en su aproximación con las premisas ventiladas por el ideal de equidad en el campo de la salud pública la convergencia del diálogo entre psicología analítica y SUS, ya que ambas perspectivas traen a la discusión la aceptación y el respeto por las diferencias y la creación conjunta de posibilidades entre los implicados de manera democrática.

Por más paradójico que parezca, es en la diferencia inicial que la condición para la participación activa de usuario se hace, pues, así, será posible trazar el horizonte que se evidenciará los diferentes niveles de comprensión y actuación existentes entre usuarios y trabajadores en respecto a salud, paso inicial para crear un suelo común que favorezca la posibilidad de cambios. No se trata de nivelamiento o síntesis en los cuales los elementos involucrados renuncien a sus singularidades para transformarse en otro, sino de la disposición de que un lenguaje común sea creado, este entendido como medio de intercambios que de forma conjunta construye el objetivo esperado. ■

Recibido em: 22/05/2020 Revisado em: 07/07/2020

## Resumo

### *Dinâmicas do cuidado: da Psicologia Analítica ao SUS*

*O artigo resgata premissas da psicologia analítica enquanto possibilidades de reanimação da discussão sobre dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de trabalho teórico em que delimitamos a equidade, derivada dos princípios do SUS, e a concepção de dinamismo de alteridade, encontrada na psicologia analítica, como pontos convergentes do diálogo que visa compreender fatores necessários à existência da situação de saúde e cuidado. Defendemos que diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde sobre autonomia e protagonismo de usuários e agentes do SUS na busca da promoção da saúde e na superação da dicotomia entre saúde/doença como uma sendo ausência da outra são enriquecidas quando analisadas em conjunto da relação dialética presente na psicologia analítica entre a imagem do cuidador e do doente. Inicialmente, fazemos o resgate da noção de equidade no contexto da saúde pública e, posteriormente, a relacionamos ao dinamismo de alteridade e cuidado no contexto da psicologia analítica. ■*

Palavras-chave: Saúde Pública, Equidade, Psicologia Analítica, Dinamismo de Alteridade, Cuidado

## Abstract

### *Dynamics of care: Analytical Psychology and the Brazilian Unified Health System (SUS)*

*This article rescues premises of Analytical Psychology to stimulate discussions about difficulties faced by the Brazilian Unified Health System (SUS). It's a theoretical work in which we delimit equity, one of SUS principles, and the otherness dynamism conception found in Analytical Psychology as converging points of a dialogue that aims to understand necessary factors for the existence of the situation of health and care. We argue that guidelines formulated by the Ministry of Health on autonomy and centrality of SUS users and agents in the pursuit of health promotion and overcoming the dichotomy between health/disease as one being the opposite of other, are enriched when analyzed together with the dialectic relationship pointed out by Analytical Psychology between the image of the healer and the wounded. Initially, we rescued the notion of equity in the context of public health and, later, related it to the idea of otherness dynamism and care in the context of Analytical Psychology. ■*

Keywords: Public Health, Equity, Analytical Psychology, Otherness Dynamism, Care

## Referências

- ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-28, jan./mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017162684>
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004. Disponível: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus\\_2004.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF, 2009. Disponível: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2019.
- BYINGTON, C. A. B. *Psicologia simbólica junguiana: a viagem de humanização do cosmos em busca da iluminação*. São Paulo, SP: Linear B, 2008.
- \_\_\_\_\_. A democracia e o arquétipo da alteridade. *Junguiana*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 135-50, jan./jun. 2019.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2009.
- CAROTENUTO, A. *Eros and pathos: shades of love and suffering*. Toronto: Inner City, 1989.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1977.
- GROESBECK, J. The archetypal image of the wounded healer. *Journal of Analytical Psychology*, London, v. 20, n. 2, p. 122-45, jul. 1975. <https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1975.00122.x>
- GUGGENBÜHL-CRAIG, A. The archetype of the invalid and the limits of healing. In: HILLMAN, J. (Ed.). *Spring: an annual of archetypal psychology and jungian thought*. New York, NY: Spring, 1979. p. 29-41.
- \_\_\_\_\_. *O abuso de poder na psicoterapia: e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. 3. ed. São Paulo, SP: Paulus, 2018.
- JUNG, C. G. *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012a. (Obras completas vol. 9).
- \_\_\_\_\_. *A prática da psicoterapia*. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012b. (Obras completas vol. 16).
- MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política humaniza SUS: ancorar um navio no espaço. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, jan./mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>
- MOREIRA, M. A. D. M. et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231-42, out. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-14, ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09392013>
- SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCHESE, G. SUS 30 anos: vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1953-61, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>
- SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*. 3. reimpr. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
- SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no sistema único de saúde e integração com a atenção primária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-15, jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150215>