

**Qual a relação entre a saúde e a doença?
What is the relation between health and disease?
Cual la relación entre la salud y la enfermedad?**

**Darlen Neves Silva Dias & Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira,
Universidade Federal do Pará, Brasil.**

Resumo: O presente artigo constitui um breve apontamento teórico acerca da compreensão sobre os termos Saúde/Doença vigentes na sociedade, e objetiva discutir, em particular, a relação existente entre os dois termos. Neste sentido o artigo se propõe a refletir sobre o conceito de Saúde/Doença, considerando a forma como ele é compreendido pela medicina, posto que prevalece o exercício hegemônico de um modelo centrado no ato prescritivo e na produção de procedimentos, na individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem-biológico, levando a uma ruptura com as questões sociais, desse e dele consigo mesmo, uma concepção de saúde contida nos limites físicos, biológicos do corpo humano, assumindo em relação a este objeto, uma postura racional. Concluímos que, se faz necessário buscar o sentido de saúde/doença, através um olhar direcionado às relações interpessoais, que se estabelecem no encontro entre pessoas, no reconhecimento do outro como legítimo em suas singularidades e diferenças. Vislumbrar a possibilidade de um cuidar associando vários saberes e compreendendo o sentido de saúde como a capacidade de instruir novas normas em vários tipos de situações.

Palavras Chaves: Saúde, Doença, cuidado

Abstract: This article is a brief note on the theoretical understanding of the terms Health / Disease prevailing in society, and aims to discuss, in particular, the relationship between the two terms. In this sense, the article aims to reflect on the concept of health / disease, considering how it is understood by medicine, since the prevailing hegemonic exercise centered on a prescriptive act and in production procedures, the individualization of the normal model and the pathological to the body of man - biological level, leading to a break with social issues, and that himself, with a concept contained in the health, biological, physical limits of the human body, taking in relation to this object, a rational approach. We can conclude that it is necessary to search for the meaning of health / disease by a directed interpersonal relationships that are established between people at the meeting, in recognition of the other as legitimate in their uniqueness and differences. Envisage the possibility of a caring associating at various knowledge and understanding the meaning of health as the ability to instruct new standards in different situations.

Key Words: Health, Disease, Care

Resumen: Este artículo es una breve nota en la comprensión teórica de los términos de la Salud / Enfermedades prevalentes en la sociedad, y tiene como objetivo discutir, en particular, la relación entre los dos términos. En este sentido, el artículo pretende reflexionar sobre el concepto de salud / enfermedad, teniendo en cuenta lo que se entiende por la medicina, ya que el ejercicio hegemónico imperante centrado en un preceptivos procedimientos y de producción, en la individualización del modelo normal y lo patológico al cuerpo de nivel - hombre biológico, lo que lleva a una ruptura con los problemas sociales, y que él mismo, con un concepto que figura en la salud, los límites biológicos, físicos del cuerpo humano, teniendo en relación con este objetivo, un enfoque racional. Llegamos a la conclusión de que es necesario para buscar el significado de la salud / enfermedad buscar por relaciones interpersonales que se establecen entre las personas en la reunión, en el reconocimiento del otro como

legítimo en su singularidad y diferencias. Contemplar la posibilidad de un cuidado asociando diferentes conocimientos y la comprensión del significado de la salud como la capacidad para instruir a las nuevas normas en diferentes situaciones.

Palabras clave: salud, enfermedad, cuidado.

INTRODUÇÃO

A noção de saúde/doença vigentes está essencialmente pautada no modelo biomédico, que traz em seu interior, o entendimento de saúde, como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do sujeito, o que culmina em um reducionismo biológico. “Essa redução exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença, fatores sociais ou individuais, ditos “subjetivos”, com implicações para todas as intervenções da saúde” (CAMARGO JR., 2007, P.69).

Observa-se o exercício hegemônico de um modelo centrado no ato prescritivo e na produção de procedimento, desconhecendo o sujeito pleno, que carrega consigo informações relevantes e

determinantes do seu processo de saúde e doença.

O modelo que se tem, portanto, é uma concepção limitada da doença do sujeito, fundamentada na ótica específica da ciência anátomo-fisiológica, em relação à totalidade de um campo complexo. Com esta limitação da concepção da doença, o autor Camargo Jr. (2007), pontua que a doença passa a ser percebida como, “doença-coisa”, deslocando o indivíduo doente do foco do olhar médico.

A doença-coisa, realidade última no plano biológico, entidade “natural” que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo, o escopo das concepções sobre o processo de saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo (...), as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são

manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. (CAMARGO JR, 2007, P.68).

Diante deste modelo, Foucault (1979) procura analisar como se caracteriza a transformação ocorrida na organização do conhecimento e na prática médica no início do século XIX, momento em que a medicina se apresenta como medicina científica, demonstrando que a ruptura que se processou no saber médico, se deu em função de uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos.

COMPREENSÃO DE SAÚDE E DOENÇA: UM OLHAR A SER MODIFICADO

O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Ferla, Oliveira e Lemos (2011),

consideram que, com essa mudança na forma de olhar o doente e seu corpo, a possibilidade de cuidar levando em consideração a totalidade do sujeito se desfaz, além disso:

A integralidade do corpo se desfez, transformada pelo olhar clínico que desvela, particulariza e nomeia uma infinidade de tecidos, órgãos e mecanismos de interrelação entre eles, inaugurando uma paradoxal “superfície interna” do organismo, perceptível por códigos e signos específicos. [...] A emergência desta reorganização epistemologia da doença, implicou no reordenamento do espaço hospitalar, do estatuto do doente, da relação entre assistência e a experiência. (FERLA, OLIVEIRA E LEMOS, 2011, P. 492).

É com essa série de reorganizações que se identifica o nascimento histórico da clínica, o que é muito bem colocado por Foucault (1963), em sua obra “*O Nascimento da Clínica*”, atentando para um período significativo na história da medicina, quando se reorganiza a maneira de olhar e

tratar o doente, desenvolvendo um discurso médico, direcionado a compreender o surgimento da doença, a partir da lógica da observação anátomo-patológico, por meio de um olhar classificatório, que fragmenta e especifica para chegar à ordem racional da doença. O diagnóstico passa a ser feito com base em um sistema classificatório de doenças, limitando-se a perguntar onde dói, já que a doença passa a ter sede em um órgão e a intervenção médica se faz baseada em normas e padrões fixos, que definirão o objetivo e o curso do tratamento.

O conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença; o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, á plenitude positiva que está diante dele- o doente-, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distância em que aparecem como em negativo, os signos que diferenciam uma doença de outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda, a maligna da

benigna. (FOUCAULT, 1963, P.47).

Ainda, de acordo com Foucault (1963), a medicina classificatória precisa estar estritamente submetida à ordenação ideal da nosologia, por ser o corpo que dá as informações necessárias para compreender a doença e não o doente, este passa a ser ocultado, pois para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente:

É preciso que, quem descreva uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente e que lhe são próprias, dos que são apenas acidentes e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente..., o paciente é apenas um fato exterior em relação aquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. (FOUCAULT, 1963, P.50).

Essa perspectiva de saúde/doença em que a participação do doente no seu processo de adoecimento é vista

como secundária, pode ser compreendida a partir do reconhecimento do objeto de trabalho médico, no caso, o corpo humano. Gonçalves (1994) aponta que: “a forma intuitivamente mais imediata de pensar o corpo humano será a constituída de constantes morfológicas e funcionais, definidas a partir das ciências da anatomia e da fisiologia” (GONÇALVES, 1994, p.61). Sendo assim, esse corpo é mais facilmente assimilável à ideia de objeto-coisa. Vê-se, portanto, que o método anátomo-clínico, que se desenvolvia nessa época, marca uma condição histórica para a experiência clínica e, com a anátomo-clínica, a doença se desprende da metafísica, *“aloja-se no corpo vivo dos indivíduos e assume uma forma positiva de morte, integrando-se epistemologicamente à experiência*

médica”. (FERLA, OLIVEIRA E LEMOS 2011, P. 492).

Gonçalves (1994) aponta para uma medicina que, ao se apropriar do corpo anátomo-fisiológico como seu objeto, passa a entender que o trabalho médico não se dirige precipuamente para o desvendamento das regularidades elaboradas ao nível da ciência biológica, e sim para a obtenção de efeitos específicos, orientados para uma concepção do que é normal ou patológico para o corpo.

À medida que a medicina se estruturou sobre bases da ciência positivista, seu objeto de trabalho passa a não ser mais técnico e sim científico. Uma das características mais importantes da concepção do objeto de trabalho elaborada pela profissão médica é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem-biológico, levando a uma ruptura com as questões sociais, desse e dele consigo mesmo, uma concepção de saúde contida nos limites físicos, biológicos do corpo humano, assumindo em relação a este objeto, uma postura racional. (GONÇALVES, 1994, P. 67).

O autor desvela uma maneira de como se possa ver no intelecto a capacidade de sair de si mesmo, anular toda a subjetividade e poder reproduzi-lo integralmente, tal como se supõe que seja dado, antes e fora da ação cognitiva. Assim, o corpo anátomo-fisiológico tornou-se um campo, onde é possível explicar a ocorrência da normalidade e da patologia. Desta forma, o objeto apreendido pelas ciências básicas, passa a ser o verdadeiro e o único objeto. A apreensão do objeto que a medicina elaborou corresponde, portanto, não apenas a captação de características biológicas do corpo, mas de forma exclusiva, o que equivale a uma captação por desqualificação das demais características do mesmo corpo.

O pensamento de Foucault (1979) demonstra como esses saberes, inicialmente a medicina, e

depois as ciências humanas, passam a ter um lugar significativo na expressão do poder. Para Foucault (1979), o cuidado com a saúde da coletividade, a partir de determinado momento na história, passou a ser exercido como uma forma de poder, a partir do qual os governos visam preservar a força militar e a força de trabalho de suas populações.

Segundo Foucault (1979), a medicina moderna, científica, que nasceu em fins do século XVIII, é uma medicina social, que produzia certa tecnologia do corpo social:

Com o capitalismo, não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário. O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos, não se oporá simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que,

antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1979, P.80).

Foucault esclarece que, apesar de o corpo ter sido investido política e socialmente como força de trabalho, o que parece característico da evolução da medicina social, ou seja, da própria medicina no Ocidente, é que não foi a princípio, como força de produção, que o corpo foi atingido pelo poder médico. Foi, somente em último lugar, que se colocou o problema do corpo, da saúde e do nível da força reprodutiva dos indivíduos. Antes da medicina, que ele denominou de “medicina da força de trabalho”, houve duas etapas: a da medicina de estado e da medicina urbana (FOUCAULT, 1979, P.80).

Contemporaneamente, as práticas de cuidado médico ganham em graus de importância, para o

que é de domínio privado e o que é do domínio coletivo.

É posto uma nova preocupação com o tema da doença, que explicita, na discursividade e nas tecnologias do cuidado, regras de controle da população e de cuidado com os indivíduos. Tais práticas de poder, que, como assinalou Foucault, são distribuídas em todo corpo social, sem nenhum lugar privilegiado de emergência, mantêm com o Estado moderno, uma relação particular, colocando-o como gestor da saúde da população. (BENEVIDES E PASSOS, 2005, P.566).

Em outra perspectiva, Canguilhem (1943[2006]), nos conduz à compreensão do que entende sobre o homem saudável ou o homem adoecido que, em sua visão:

O homem normal, saudável, teria que se sentir capaz de adoecer e de afastar a doença. Se a possibilidade de testar a saúde através da doença, lhe fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser normal, de poder enfrentar qualquer doença que por ventura viesse a surgir (...). A saúde constitui certo jogo de normas de vida e de comportamento, que se caracteriza pela capacidade de tolerar as variações das

normas, quando é mais do que normal. A saúde constitui certa capacidade de ultrapassar as crises orgânicas, para instalar uma nova ordem fisiológica. Biologicamente assegurada pela vida, à saúde significa: o luxo de se cair doente e se restabelecer. (CANGUILHEM (1943[2006]), P.28).

UM OLHAR DIFERENCIADO SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA

Seguindo esta denominação de saúde e doença descrita por Canguilhem (1943[2006]), entende-se que, estar saudável seria poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e poder sair do estado patológico, mas, isso estaria implicado diretamente com a forma pela qual o indivíduo interage com a vida. Essa interação se dá desde a infância, e para uma compreensão mais ampliada do indivíduo, às questões culturais e socioeconômicas devem ser levadas em consideração, pois a influência desses contextos implicará diretamente na

compreensão do processo de adoecimento que o indivíduo venha a sofrer, já que o limiar entre saúde e doença é algo singular. O autor Canguilhem (1943[2006]) defende a ideia de que:

Deve-se recorrer aos “modos de vida”, como critério para a normatividade. Equivale também a ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto ingênuo da prática médica, principiando a identificar nesse corpo outras ordens de determinações. Não se trata, entretanto, de entender que esse corpo deve ser compreendido mediante sua rede de relações sociais, que são trabalhadas a priori como externas, justapostas ao objeto de trabalho propriamente dito. O que se vêm defender é outra coisa: trata-se do fato de que, o corpo anátomo-fisiológico não se define como normal ou patológico senão tomando já como referência, essas estruturas de normatividade extra biológica, e que, por consequência, a normatividade está imediatamente contida no objeto de trabalho médico, lá naquilo que ele designa doença, e não apenas nas características atribuídas de caráter social, ou psicológico, onde ele á vê. As características de saúde e enfermidade são biologicamente técnicas e subjetivas e não

biologicamente científicas e objetivas. (CANGUILHEM, (1943[2006]), P.27).

Canguilhem (1943[2006])

demonstra que, entre o estado normal e patológico há diferenças qualitativas, que não podem ser traduzidas apenas em diferenças quantitativas, defendendo a tese de que, o estado patológico não é um simples prolongamento quantitativamente variado do estado fisiológico, é totalmente diferente. A necessidade de restabelecer a continuidade entre a saúde e a doença é tal, que, no limite, a noção de doença se esvaneceria. É a partir do patológico que se decifra o ensinamento da saúde. Com o advento da fisiologia, a doença deixou de ser objeto de angústia para o homem são e tornou-se objeto de estudo para o teórico da saúde.

Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente,

mesmo no sentido biológico da palavra. A doença é uma forma diferente de vida.

É de um modo bastante artificial, parece que dispersamos a doença em sintomas ou a abstraímos de suas complicações. O que é um sintoma, sem contexto, sem pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que a complica? Quando classificamos como patológica é a sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que, a análise fisiológica de suas funções separadas, só sabe que está diante de fatos patológicos, devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas, ela só pode saber que é uma patologia, isto é: o estudo dos mecanismos da doença, porque recebe da clínica essa noção de doença, cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio. (CANGUILHEM, (1943[2006]), P. 39).

Para Canguilhem (1943[2006]), mesmo nos casos atuais, em que as doenças podem

ser detectadas antes de qualquer sintoma apresentado pelo doente, o diagnóstico só foi possível, a partir da manifestação dos sintomas apresentados na clínica. Quem determina o valor da doença é o doente. É a vida em si mesma e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor. Ainda segundo o autor, o conceito de normal que a medicina e a fisiologia estariam usando, seria um julgamento de valor e não um julgamento de realidade.

Assim, Canguilhem (1943[2006]) refere que o papel da fisiologia será então, o de detectar os conteúdos das normas, dentro da qual a vida conseguiu se estabilizar. A fisiologia é a ciência das condições de saúde ou a ciência dos ritmos estabilizados da vida. A saúde seria a indeterminação inicial, da capacidade de instituição de novas normas biológicas. Ser sadio

significa, não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser normativo. A saúde é uma margem de tolerância em relação à infidelidade do meio.

A perspectiva desenhada por Canguilhem (1943[2006]) abre então, uma distância entre a doença, tal como é vivida pelo doente, e sua explicação fisiológica. Canguilhem (1943[2006]) refere que o fato patológico só pode ser compreendido como tal, ao nível da totalidade orgânica e da experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio. Assim, entendo que, a definição última do que é doença ou do que é saúde, estaria diretamente relacionada à perspectiva de cada sujeito, ou de grupos de sujeitos submetidos ao mesmo meio.

Mas, sob esse olhar, corre-se o risco de deixar apenas para a sociedade, determinar o que é

doença ou não. Vale ressaltar que, embora Canguilhem (1943[2006]) reconheça o peso das normas sociais nas questões ligadas à saúde, não reduz o biológico ao social, defendendo a anterioridade das exigências da vida em relação às da sociedade.

É então na vida, que o autor vai buscar a origem da normatividade inerente ao vivente, e, a partir desta, o ideal de saúde a ser atingindo. O vivente humano prolonga de modo mais ou menos lúcido, um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo a sua manutenção e ao seu desenvolvimento, tomado como norma. Portanto, entende-se que é o vivente humano que vai dizer à medicina o que seria normal ou não para ele, e qual o ideal de saúde que ele quer atingir.

Mesmo diante dessa discussão, observo que nas práticas cotidianas da produção de saúde, permanece a noção biológica que captura e normaliza o corpo, mantendo o sentido da patologia do que é individual e coletivo. A partir do exposto, se faz interessante procurar um olhar direcionado às relações interpessoais, que se estabelecem no encontro entre pessoas, no reconhecimento do outro como legítimo em suas singularidades e diferenças. Vislumbrar a possibilidade de um cuidar associando vários saberes e compreendendo o sentido de saúde como a capacidade de instruir novas normas em vários tipos de situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde tem mudado radicalmente nos últimos anos. Antigamente, saúde significava apenas a ausência de

doença, mas logo se percebeu que não apresentar nenhuma doença física aparente, não significava ter saúde. Gradativamente, esse conceito foi se expandindo e incorporando as dimensões: física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano. Hoje a definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde, e é complementada pela Lei n.º 8142, de dezembro de 1990.

O que consta na LOS é que: 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, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização

social e econômica do país. (BRASIL, 2004, ART. 3)¹.

A concepção ampliada de saúde e a compreensão de que, ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva deram origem a outras perspectivas de promoção e cuidado à saúde. De fato, ao considerarmos o Sistema Único de Saúde - SUS foi possível verificar que: as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania também são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde, como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à idéia de doença, e as repercussões que este novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas

¹ Acessada em maio de 2013 pelo link http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm

em geral, assim como para os serviços de saúde em particular, abre novas possibilidades na concepção do processo saúde e doença.

Nesse sentido, promover a saúde é atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação de saúde/doença. Essas definições mais flexíveis sejam sobre a saúde, sejam sobre a doença, consideram os múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como: fatores psicológicos, sociais e biológicos. Contudo, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Isto é, a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a

saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativas, que fazem parte das relações com a família, com os amigos, com os colegas etc.

Creio que saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são opostos. São conceitos que dependem de onde você está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido. A saúde e a doença constituem experiências singulares de cada um e, portanto, fazem parte da dimensão subjetiva da existência. A dimensão subjetiva não é aquela que se opõe ou se diferencia da objetividade, mas é a dimensão dos afetos, dos desejos e de outras intencionalidades que promova uma maior qualidade de vida.

A representação do conceito de saúde exige certo grau de

abstração, que não parece relevante quando a questão se refere apenas à descrição de condições presentes, atuais. Está muito mais vinculada a uma concepção de vir a ser, de objetivos a serem alcançados, de um projeto de saúde, seja em uma perspectiva individual ou social. Já a idéia de doença é mais imediatista, sempre impondo ao mesmo tempo, certas competências operacionais e algum tipo de explicação.

A saúde seria um estar dinâmico na vida, sempre singular, um estado que não corresponde a ausência de doença. Ao contrário, nessa perspectiva, relaciona-se com a capacidade de enfrentar a doença e de expandir as condições de vida, processo que se dá mediante a interação, quando o homem e o meio se transformam simultaneamente, num processo de coengendramento.

Entendo assim, que a saúde é produzida no próprio viver, seria o resultado de um processo de construção de si no mundo, como referem Barros e Gomes (2011), “*é estar na vida com o outro, construída na alteridade. Alteridade como experiência da existência do outro, não como objeto, mas como outro sujeito, co-presente no mundo das relações intersubjetivas*”. A concepção de saúde tem que levar em consideração a variabilidade inerente ao ser humano, tem que levar em consideração a diversidade dos humanos. (BARROS E GOMES (2011, P.644).

A crescente complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de um olhar abrangente dos fenômenos humanos e de uma atenção mais complexa e sensível exigem integrar: a técnica, a Filosofia, a Ética, a Política e as disciplinas

sociais nas ações do cuidado em saúde. Trata-se de compreender a dinâmica da relação do par social, acrescida da tecnociência, como indissociáveis na produção da saúde, por interdeterminação e interdependência, permutando os grandes poderes de cada um entre os dois elementos da relação.

REFERÊNCIAS

- Aleksandrowicz, A. M. C., & Minayo, M. C. S.(2005). *Humanismo, Liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciência da natureza e ética*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 513-526.
- Almeida F. N.(1997). *Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 63-72.
- Ayres, J. R. C. M. (2006). *Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde*. In: _____ *Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap.2, p. 49-84.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). *Care and reconstruction in healthcare practices*, *Interface - Comunic.,Saúde, Educ.*, v.8,n.14, p.73-92, set.2003-fev.
- Ayres, J. R. C. M.(2001). *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan./jun.
- Ayres, J. R. C. M.(2005). *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560.
- Ballone G.J . (2008). *Humanização do Atendimento em Saúde* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br,

- Barros, M. E. B. & Santos, F. S. (2012). *O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção*. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 6, p. 101-122.
- Barros, M. E. B. & Gomes, R. S. (2011). *Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado*. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez.
- Benevides, R; & Passos, E. (2005). *A humanização como Dimensão Pública das políticas de saúde*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571.
- Benevides, R. (2005). *A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?* Rev. Psicologia & Sociedade; 17 (2): 21-25; mai/ago.
- Boff, L. (2003). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petropolis: Vozes,.
- Boff, L. (2005). *O cuidado essencial: princípio de um novo ethos*. Revista Inclusão Social, 1 (1): 28-35.
- Brasil, Ministério da Saúde.(2004). *HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: documento base*. Brasília (DF). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtx_t=28288. Acesso em: 01 Ago 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo no roteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde,.
- Camargo JR, K. R.(2007). *As Armadilhas da “concepção Positiva de Saúde”*. PHYSIS: Ver. Saúde

- Coletiva. Rio de Janeiro, 76 (I), p. 63-76,.
- Canguilhem, G.(2006). *O normal e o patológico*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, (Original publicado em 1943.)
- Ceccim ,R. B.; Armani T. B., Oliveira. D. L. L. C., Bilibio. L. F. & Moraes. M., SANTOS. N. D.(2008). *Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar*. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1567-1578.
- Chizzotti, A.(1998). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. Ed. Cortez. São Paulo.
- Coelho, M. T. A. D. & Filho, N. A.(1999). *Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem*. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36.
- Costa, A. A (2009). *fábula de Higino em Ser e Tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia* .In:_____Por uma ética do cuidado. Organizada por Marisa Schargel Maia. Rio de Janeiro: Gramond, partel,p. 29-51.
- Deslandes, S. F.(2005). *A ótica de gestores sobre humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626. 2005.
- Deslandes, S. F.(2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1.
- Deslandes, S. F.(2006). *Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*. In:_____Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de

- janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap.1, p. 33-47.
- Ferla, A. A.; Oliveira, P. T. R. & Lemos, F. C. S.(2011). *Medicina e hospital*. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23, p. 487-500.
- Ferreira, J.(2009). *O corpo sígnico*. In Alves, P. C.; Minayo, M, C. (Org.).Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- Figueredo, L. C.(2009). *As diversas faces do cuidar: considerações sobre clínica e a cultura*. In:_____Por uma ética do cuidado. Organizada por Marisa Schargel Maia. Rio de janeiro: Gramond,. partell,p. 121-140.
- Foucault, M. (1979).*O nascimento da medicina social*. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1997).*Resumo dos Cursos do College de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- Foucault, M. (1963). *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro.
- Franco, T.B. (2003). *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde*, in pensar BH:Política social, out/dezembro - ISSN 1676-9503
- Franco, T.B. & Merhy, E.E.(2005). *Produção Imaginária da Demanda* .In Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro.
- Franco, F. L. F. N. (2009). *Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologiamental*. Primeiros Escritos, v. 1, n. 1, p. 87-95.
- Franco, T.B & Magalhães Jr., H.(2003). *A Integralidade e as Linhas de Cuidado*; in
- Merhy, E.E. et al, *O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*. Hucitec, São Paulo.

- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2006). *Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais*. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/pdf>>. Acessado em 21 de abril de 2013
- Franco, A. L. S. & Caprara, A. (2006). *Relação Médico – Paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde: limites, possibilidades, falácias*. In: _____ *Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, . Cap.3, p. 85-108.
- Gomes, A.M.A. (2011). *Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde*. Revista APS. nº 14, out-dez.2011
- Gonçalves, R.B.M. (1994). *O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica*. In *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO.
- Hardt, M. (2001). *Império*. In: *Produção Biopolítica*. Rio de Janeiro: Record.
- Heloani, R. & Lancman, S. (2004). *Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação*. Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 77-86. set-dez.
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Merhy, E. E. (2010). *Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir*

intensivista. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.433-438.

Merhy, E. E.; Franco, T. B. & Magalhães J. H. M.(2003). *Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde..* Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf> > Acesso em: 23 fev 2013.

Merhy, E. E. (2011). *A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a política nacional de humanização.* Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Acesso em: 29 abril 2011

Merhy, E. E. (2007).. *Gestão da produção do cuidado e clínica do*

corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro. UFRJ. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica> > Acesso em: 21 nov 2011

Merhy, E. E. (2003). *Um dos grandes Desafios para Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção.*In: Merhyet.al.Trabalho em Saúde.olhando e experienciando o SUS no cotidiano, São Paulo:Hucitec.

Merhy, E. E. (2003). *Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.* Rio de Janeiro, www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 15/09/2010

Minayo,M.C.S. (Org.)(2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis:

- Vozes, 2007.
- Minayo, M.C.S. (2005). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; São Paulo: Abrasco.
- Minayo, M.C.S. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos- abordagem de problemas sociais*. ed. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Oliveira, L. A. et al. (2005). *Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo*. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, jul./set.
- Oliveira, P. T. R. (2013). *Estudo dos modelos de gestão e tecnologias de cuidado nos hospitais públicos regionais do Pará*. Belém: UFPA, 2013, 60 p.
- Oliveira, P. T. R. (1998). *O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará*. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Oliveira, P. T. R. & Moreira, A. C. G. (2006). *Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar*. Pulsional Revista de Psicanálise, São Paulo, v.19, n.185, p. 52-65. mar.
- Oliveira, P. T. R.; Moreira, A. C. G & Souza, A. V. (2010). *A integralidade em saúde e a formação em Psicologia: reflexões sobre a prática clínica do psicólogo no contexto do SUS*. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.559-565.
- Pasche, D. F. & Passos, E. (2010). *Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde- aposta da Política de Humanização da Saúde*. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.423-432.
- Pasche, D. F. & Passos, E. (2010). *O lugar do método na Política*

Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.439-447.

Plastino, C. A.(2009). *A dimensão constitutiva do cuidar.* In:_____Por uma ética do cuidado. Organizada por Marisa Schargel Maia. Rio de Janeiro: Gramond, partel,p. 53-87.

Pinheiro, R. ; Ferla, A. & Mattos, R. A. (Org.) (2006). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.* Rio de Janeiro: EDUCS/CEPESC/IMS-UERJ.

Pinheiro, R. & Mattos, R. A.(2005). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* 3ª Ed. Hucitec/IMS/UERJ-Abrasco.

Pinheiro, R. & Mattos, R. A.(2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.

Rios,I,C.(2009). *Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.* Rev. bras. educ. med. vol.33 no.2 Rio de Janeiro Apr./June .

Sato, L. & Lacaz, F. A. C.(2006). *Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde.* . In:_____Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap.4, p. 109-139.

Siqueira, J, E.(2002). *A arte perdida do cuidar.* Disponível em revistabioetica.cfm.org.br/...bioetica/article/viewArticle/216. Acesso em: 25 abril 2011

Souza, A. V. S.(2009). *A Integralidade na Prática Clínica e Institucional na Relação Ensino-Serviço: Um Estudo de Caso Sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público.* Dissertação de

Mestrado. Universidade Federal do Pará. Belém.

Santos, B. S.(2011). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 8ª. São Paulo, Cortez.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, outubro, 2007; 3 – 46.

Teixeira, E.(2008). *Cartografia simbólica do CUIDADO: Reflexões à luz do pensamento de Boaventura de Souza Santos*. Ed. Martinari, São Paulo.

Teixeira, R. R.(2005). *Humanização e atenção Primária à Saúde*. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597.

Turato, E. R. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos na área*

da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514.

Nota sobre os autores

Darlen Neves Silva Dias. Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará/2013, na linha de pesquisa: Psicologia, Saúde e Sociedade. E-mail: darlen.neves@gmail.com

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Psicólogo. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. E-mail: pttarso@gmail.com.

Recebido em junho de 2013
Aceito em julho de 2014