

Formação humana em perspectiva hermenêutica na área da saúde

Cláudio Almir Dalbosco¹ (Orcid: 0000-0003-3408-2975) (cadalbosco@upf.br)

Renata Maraschin¹ (Orcid: 0000-0003-0595-1641) (rechinpf@gmail.com)

Francisco Carlos dos Santos Filho¹ (Orcid: 0000-0001-7868-2003) (santos@upf.br)

Ana Katharina Dalbosco¹ (Orcid: 0000-0001-6326-1281) (115118@upf.br)

¹ Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo-RS, Brasil.

Resumo: O artigo tem como objetivo refletir sobre a importância da formação humana em perspectiva hermenêutica-dialógica para a prática dos profissionais da saúde, para sua formação e para a promoção de saúde. Nesse sentido, forma coro com produções que se posicionam favoravelmente à compreensão de que a prática, a formação e a promoção da saúde devem estar ancoradas também no paradigma das humanidades médicas. Metodologicamente, trata-se de revisão bibliográfica ancorada no trabalho hermenêutico com textos clássicos do filósofo alemão Hans-Georg Gadamer sobre a saúde e com literatura secundária sobre o tema. Divide-se em três partes. Na primeira, analisa a medicina e algumas de suas concepções sobre saúde e doença ao longo da história, observando as transformações sofridas na passagem de ciência médica mais ampla, fundada na religião e na espiritualidade, para a predominância do paradigma técnico-científico. Na segunda, são realizadas delimitações sobre alguns conceitos essenciais para a compreensão da importância da formação humana para o profissional da saúde. Na parte final, é investigada uma ideia de formação humana sustentada pela perspectiva hermenêutica-dialógica. Conclui afirmando a importância de que o saber técnico especializado na área da saúde se deixe ancorar pelo saber prático, de cunho ético-formativo, alicerçado na noção hermenêutica de diálogo.

► **Palavras-chave:** Formação Humana. Hermenêutica. Saúde. Diálogo.

Recebido em: 04/05/2022

Revisado em: 31/05/2023

Aprovado em: 16/11/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434050pt>

Editor responsável: Francisco Ortega

Pareceristas: Ricardo Burg Ceccim e José Ricardo Ayres

Introdução

O profissional da saúde tem, contemporaneamente, sua formação e sua prática cruzadas pelo paradigma da biomedicina. Deste paradigma derivam as noções de saúde, doença e cuidado que orientam o profissional em suas condutas. Para além do paradigma biomédico, este ensaio forma coro com produções que se posicionam favoravelmente à compreensão de que essas noções também devem estar ancoradas no paradigma das humanidades médicas (MacNaughton, 2000; Wald; McFarland; Markovina, 2018; Reginato, De Benedetto, Gallian, 2016; Ousager; Johanessen, 2010; Ferreira, 2014), entre eles a perspectiva hermenêutica-dialógica. Tal ampliação do paradigma fundante da formação e das práticas profissionais em saúde conduz a uma ampliação do próprio olhar do profissional, conquistado mediante o domínio de uma cultura geral, mais ampla, oriunda não somente, mas sobretudo das humanidades. Nesse sentido, considerando que os profissionais da saúde atuam nas diversas esferas relacionadas às práticas em saúde – tanto individuais, quanto coletivas – promovendo a saúde e o cuidado, esse ensaio tem como objetivo refletir sobre a importância da formação humana em perspectiva hermenêutica-dialógica para a prática dos profissionais da saúde e para a promoção de saúde.

Trata-se de um ensaio reflexivo, ancorado metodologicamente na revisão bibliográfica e no trabalho hermenêutico (Flickinger, 2010) com textos clássicos, sobretudo com a literatura produzida pelo importante filósofo alemão do século XX Hans-Georg Gadamer sobre a saúde, e com a literatura secundária sobre o tema, de modo especial aquela produzida pelo médico e professor titular do Departamento de medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP) José Ricardo Ayres. No sentido de cumprir esse objetivo, a primeira parte do ensaio analisa a medicina e algumas de suas concepções sobre saúde e doença ao longo da história, observando as transformações sofridas pela medicina em sua passagem de uma ciência mais ampla, fundada na religião e na espiritualidade, para a predominância do paradigma técnico-científico. Essa passagem é fundamentada na divisão proposta pelo médico historiador espanhol Pedro Entralgo (1978). Na segunda parte, são realizadas delimitações sobre alguns conceitos essenciais para a compreensão da importância de uma formação humana para o profissional da saúde. Na parte final, é investigada uma ideia de formação humana sustentada pela perspectiva hermenêutica-dialógica.

Breve diagnóstico de época: o risco da especialização tecnicista da medicina

A compreensão sobre o que seja saúde e o que seja doença sofre transformações ao longo dos tempos e das culturas. Adquire forma e significado diferentes não somente com o passar dos anos e séculos, mas também com a mudança de cultura em uma mesma época. Por isso, o significado da ciência médica, com seus diagnósticos e tratamentos, também adquire novas facetas nas diversas culturas e épocas, abandonando alguns conceitos e adquirindo outras formas de enxergar o cuidado. Com o avanço da sociedade digital e as inovações tecnológicas constantes, as práticas profissionais, entre elas as práticas médicas, veem-se confrontadas com exigências de inovação constante.

Pode-se dizer que a história da medicina inicia juntamente com a história, uma vez que sempre foram procurados meios para prolongar a vida e melhorar sua qualidade, lutando contra patologias que poderiam findá-la. Atentando para os diversos momentos pelos quais a medicina passou, utiliza-se a divisão proposta pelo médico historiador espanhol Pedro Entralgo (1978), a qual segmenta a ciência médica em pré-técnica e técnica, separada pela medicina hipocrática.

A medicina pré-técnica baseava-se na magia, muito relacionada às religiões populares, de modo que a doença resultava da ação de forças alheias ao organismo causadas por conta de um pecado ou maldição. Assim sendo, a tentativa de cura era estabelecida por rituais de contato com divindades ou deuses capazes de retirar os maus espíritos e purificar o corpo, de maneira que a figura do médico cabia ao sacerdote, xamã, curandeiro ou aquele que possuía contato com a divindade. O primeiro exemplo de uma medicina pré-técnica encontra-se nos povos mesopotâmicos, berço da antiga civilização oriental. Com uma religião politeísta, esses povos acreditavam que enfermidades derivavam de um castigo dos deuses para aqueles que não conseguiam cumprir suas regras e demandas, de modo que o conceito de doença se relacionava diretamente com os sintomas mais prevalentes. O diagnóstico de tal mal detinha-se nas perguntas sobre o pecado cometido e adivinhações baseadas nas chamas de fogo, na hepatoscopia de animais sacrificados e outros rituais místicos. Por conseguinte, os assírios e babilônicos são caracterizados como um dos povos que mais tem presente a noção de enfermidade relacionada com espiritualidade, uma vez que mesmo a cura por meio do uso de técnicas cirúrgicas primitivas ou ervas

medicinais eram condicionadas à vontade dos deuses. Segundo Entralgo (1978, p. 21) “o tratamento também condizia com essa concepção punitiva, religiosa e moral da doença [...] consistia em uma justaposição heteróclita de ritos mágico-religiosos, por um lado, e remédios físicos, por outro. Sua ação só é eficaz se os deuses assim o desejarem ou permitirem”.

A medicina egípcia, embora com larga história que perpassa diversas épocas, também mantém linha semelhante à medicina na mesopotâmia antiga, sempre relacionada a divindades, sendo relatada principalmente nos papiros médicos. Alguns desses escritos retratam a figura do médico como um curandeiro, mago ou sacerdote, que possuía espaço especial na chamada “Casa da Vida”, localizada perto do templo principal. Mesmo com base na crença de que esse corpo médico se encontrava sob a proteção dos deuses, a medicina egípcia também possuía vários aspectos mais racionais, exemplificados através dos vastos conhecimentos anatômicos adquiridos durante a mumificação, especialmente do sistema cardiovascular. No que se refere ao conceito de doença, a história egípcia resume-se em parte na crença de que a enfermidade se caracteriza como um infortúnio que pode decair em qualquer homem, causada pela impureza, de modo que o doente consistia em uma pessoa social impura. Entretanto, em comparação com os povos mesopotâmicos, os egípcios adquiriram uma postura mais racional diante da doença, uma vez que em seus papiros médicos aparecem diversas descrições fisiológicas principalmente sobre doenças cardiovasculares, além de relacionar terapêuticas cirúrgicas e farmacológicas. De acordo com Entralgo (1978, p. 15) “empirismo, magia e imaginação foram misturados de várias maneiras em sua origem e em seu uso. Parece muito provável que, junto com os médicos, houvesse gente especializada na preparação de remédios medicinais.”

Do mesmo modo, a medicina hebraica também se assemelha às culturas citadas acima, embora consista em uma religião monoteísta. Os livros da Torá ressaltam muito a doença como consequência do pecado original, de modo que Deus constituiu-se como o único capaz de curar. Além disso, os livros hebraicos citam vários rituais que deveriam ser cumpridos pelos fiéis, cuja relação com a medicina não era exatamente estabelecida, porém essas práticas contribuíram muito para a prevenção de doenças transmissíveis. Esse é o caso da lepra, a enfermidade que mais aparece nos livros sagrados do judaísmo e cristianismo, em que, como consequência social da doença, os indivíduos eram isolados de todo o convívio social. Sem dúvidas, o objetivo dessa prática possuía mais relação com a separação dos impuros do resto de

uma sociedade que deveria ser mantida pura, porém acabava contribuindo para que a doença não fosse disseminada.

Diante desse contexto, mesmo abordando brevemente apenas três das diversas culturas existentes na era antiga, percebe-se que todas se assemelham quando colocam a doença em íntima ligação com causas externas ao indivíduo, de modo que também se entende que, como as noções de doença são diferentes daquelas do mundo ocidental, também as noções de saúde e cuidado o são. Isso significa que, se a doença consistia em um desequilíbrio da relação do indivíduo com seus deuses e suas divindades, e que o profissional da saúde – colocado na figura de curandeiro, xamã, sacerdote – possuía a responsabilidade de refazer essa relação de maneira satisfatória, conseqüentemente a saúde também dependia desse mesmo vínculo com as divindades.

Por outro lado, essas mesmas noções de doença relacionadas com magia, deuses e divindades foram criticadas na medicina técnica iniciada na era de Hipócrates (460-370). Em seus escritos, o autor traz uma visão mais racional da medicina, associando a doença a uma causa natural, sendo a suposta origem divina fruto da ignorância humana. Nesse sentido, a enfermidade representava um desequilíbrio entre o que Hipócrates chamou de “humores do corpo”: a bile amarela, a bile negra, a fleuma e o sangue, e a saúde, o equilíbrio de todos. Assim, a medicina passou a ser fundamentada em conhecimentos fisiológicos e das insipientes ciências naturais e até mesmo autores posteriores, como Claudius Galeno (129-217), seguiram essa mesma linha, apontando etiologias endógenas e de hábitos de vida para a doença. Dessa maneira, a medicina hipocrática foi o início da era tecnicista das ciências da saúde dos dias atuais, por meio da influência grega na cultura romana, que, por sua vez, influenciou todo o ocidente. Contudo, devido à sua perspectiva filosófica da condição humana e da *physis* como um todo, Hipócrates ainda conseguiu preservar um sentido amplo para conceitos nucleares da medicina, como os de doença, saúde, tratamento e cura.

Com o advento da medicina hipocrática, afirma o filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002), “o médico não é mais a figura do curandeiro de outras culturas, revestido pelo segredo das forças mágicas. Ele se tornou um homem de ciência” (Gadamer, 2006, p. 41). O que isto significa? Significa dizer que o médico sabe sobre o contexto geral, sobre o todo, sobre a natureza e, sobretudo, começa a investigar o corpo humano, deixando-se orientar por procedimentos metódicos e sistemáticos de observação. Por esse motivo, ao orientar-se ainda que embrionariamente pelas

relações causa e efeito, o médico sabe também a razão pela qual uma determinada técnica de cura tem êxito. O médico, agora, entende e acompanha o contexto geral de causa e efeito. O esclarecimento de duas noções aqui torna-se fundamental para melhor compreender a diferença na medicina com o advento de Hipócrates: as noções de “técnica” e de “natureza”. Recorremos ainda a Gadamer (2006) nesse esclarecimento, a noção de técnica na medicina hipocrática tem origem no conceito grego de “*techné*”. Diferente da técnica oriunda da ciência moderna, que significa a aplicação prática de um saber teórico, orientando-se geralmente por um saber de tipo experimental, a “*techné*” significa uma forma própria do saber prático, um ofício que se guia pelo princípio ação-reflexão. Por isso, a “*techné*” neste sentido originário não se reduz ao simples fazer porque exige exercício meditativo, que interfere nos procedimentos a serem feitos. Como define Gadamer, na passagem abaixo, trata-se de uma “capacidade de produção excelente”:

Techné é aquele saber que constitui um determinado ser-capaz-de-fazer, seguro de si mesmo, no contexto de uma produção. Ele é, desde o princípio, relacionado à capacidade de produção e resulta a partir dessa relação. Mas trata-se de uma capacidade de produção excelente, uma capacidade que sabe e se fundamenta no conhecimento das causas (Gadamer, 2006, p. 41).

O contexto desta capacidade de produção é o âmbito da natureza. Gadamer esclarece que todo o pensamento antigo refletiu a esfera do artificial, do que pode ser executado de forma artificial, tendo em vista a natureza, o natural. A medicina, como “*techné*” não é uma imitação da natureza, mas o que deve resultar dela é a saúde, entendida como o próprio natural, a natureza. A medicina, como capacidade de produção, não produz nada novo ou diferente do natural. O filósofo afirma que “o saber e o ser-capaz-de-fazer da arte médica enquadram-se totalmente com o curso natural, na medida em que se procura o seu estabelecimento onde foi perturbado, de tal forma que a perturbação como que desaparece com o próprio equilíbrio natural (*natürliches Gleichgewicht*)” (Gadamer, 2006, p. 43). Gadamer recupera da medicina hipocrática a relação entre natureza, equilíbrio e saúde. Afirma que a noção de equilíbrio desempenha papel fundamental no entendimento do que seja não apenas a saúde, mas a natureza em geral:

A descoberta do pensamento natural grego consistiu no reconhecimento de que o todo é um ordenamento no qual todos os processos na natureza se repetem e decorrem em cursos determinados. Natureza é, portanto, como algo que mantém a si mesmo e se mantém por si mesmo nas suas trajetórias (Gadamer, 2006, p. 44).

A medicina, a partir desta ideia de natureza como equilíbrio (*Natur als Gleichgewicht*), advinda das concepções gregas, sobretudo de Hipócrates, tem suas intervenções compreendidas como tentativas de restabelecimento de um equilíbrio perturbado. A restauração deste equilíbrio passa, necessariamente, pelo reconhecimento e consideração deste todo natural, quer dizer, o todo não está relacionado apenas ao organismo, mas como este organismo se relaciona com o clima e com as estações do ano, com a temperatura, com a água e com a alimentação, em suma, como afirma Gadamer (2006, p. 49), “como todos os fatores climáticos e ambientais constituem para a concreta constituição do ser, de cuja recuperação se trata”. Da medicina hipocrática, extrai-se a concepção de que o médico tem seu “ser-capaz-de-fazer possível dentro do todo entendido como equilíbrio natural, que constitui o paciente e, portanto, a intervenção médica como ser-capaz-de-fazer não pode existir de forma autônoma do contexto em que ocorre” (Gadamer, 2006, p. 49). De modo semelhante, por meio de sua intervenção, o médico não produz algo inteiramente novo. Antes, auxilia a natureza no restabelecimento do equilíbrio que é a saúde.

Hans-Georg Gadamer insere a retomada de aspectos da medicina hipocrática em sua própria compreensão filosófica de linguagem como práxis dialógica.¹ Este aspecto é nuclear para pensar o tratamento médico numa perspectiva mais ampla, com sentido dialógico e não apenas técnico-instrumental. Bem aos moldes da concepção socrática de diálogo, Gadamer concebe a escuta e a capacidade de perguntar como duas características decisivas do diálogo humano, sendo que a ausência de uma delas precariza o próprio diálogo, obstaculizando com isso o genuíno encontro humano. Embora a postura da escuta talvez seja uma das exigências mais difíceis do ser humano, tanto em sua dimensão pessoal como profissional, ela torna-se decisiva para a interação humana e para a compreensão do que de fato está acontecendo com o outros, que males psicofísicos os afligem. Sob este aspecto, tudo começa pela escuta, inclusive, o sucesso das prescrições subsequentes, que visam à cura das enfermidades físicas e mentais. Não basta somente ouvir, pois se faz necessário também perguntar, saber perguntar adequadamente, considerando o momento no qual se insere a interação humana e os problemas que aí estão implicados. Quanto mais discernimento houver desta dinâmica escuta-pergunta e o modo apropriado de exercitá-la, mais o tratamento terá condições de ser bem-sucedido.

Esta concepção de intervenção médica se modifica consideravelmente com o advento da moderna medicina científica. A era técnica da medicina moderna,

chamada de medicina anatomoclínica ou biomedicina, baseia-se em alguns conceitos hipocráticos de desequilíbrios corporais, cuja consequência evidencia-se com sinais e sintomas que chamamos de doença. Porém, essa medicina transformou a noção de corpo, advinda de Hipócrates, entendido como unidade entre mente e físico e passou a considerar a doença como uma entidade puramente biológica, com etiologias advindas de desarranjos fisiológicos, possuindo sinais e sintomas correspondentes a alterações orgânicas provocadas por agentes específicos. Por conseguinte, a saúde tornou-se apenas o oposto da doença. Nesse âmbito, saúde tem a ver com harmonia de sistemas orgânicos e para alcançá-la deve prezar por práticas de ordem técnica e instrumental. Essas noções derivam diretamente do modelo cartesiano de pensamento, datado do início do período iluminista, o qual pressupõe o recorte da realidade em suas partes constituintes para estudá-la de modo mais objetivo, explicando a verdadeira natureza dos eventos. O paradigma cartesiano costuma retirar o objeto de seu ecossistema natural para estudá-lo, a fim de excluir os supostos complicadores advindos do meio em questão, de modo que admite uma forma de pensamento com causa-consequência bastante definida, lógica e puramente natural.

O paradigma anatomoclínico, baseado no pensamento cartesiano, compreende o ser humano como uma máquina artificial, cuja análise depende da separação do indivíduo de seu contexto de vida cultural, espiritual, social. Essa visão tecnicista contribui para a redução da saúde à doença, órgão ou exame, uma vez que o profissional da saúde coloca sua atenção e esforços na regulação de uma cadeia fisiopatológica rompida por conta do adoecimento físico do indivíduo – assim como um mecânico conserta sua máquina. Esse mecanicismo contribui, em grande medida, para a fragmentação do cuidado e para a desvalorização da relação entre o profissional da saúde e a pessoa por ele cuidada, transferindo esta para a posição de objeto e o profissional da saúde para a posição de autor de toda a dinâmica do cuidado. Além disso, a fragmentação do cuidado, oriundo da instrumentalidade e a especialização extrema são fatores que contribuem para a ocorrência de iatrogenia, entendida como resultado negativo da prática médica. Tavares (2007), em estudo que investiga a relação entre iatrogenia e educação médica, aponta que o modelo biomédico está entre as situações que favorecem a ocorrência de iatrogenias. O autor afirma que

A superespecialização, acompanhando o progresso da tecnologia e o crescente fenômeno da medicalização da sociedade, faz com que o paciente se sinta pressionado a visitar diversos profissionais para o acompanhamento de determinado transtorno. E o paciente

torna-se cada vez mais carente. A quase exigência de uma receita médica ou pedido de exame cada vez que consulta um médico é uma prova disso. A questão da "eficiência e rapidez" no tratamento já está tão difundida entre os sujeitos que demandam o cuidado, que o profissional pouco se dedica às outras questões relevantes no estabelecimento da enfermidade em questão: os fatores sociais, ambientais, hereditários, psicológicos, culturais, religiosos e políticos (Tavares, 2007, p. 181).

O aprimoramento das formas de diagnóstico e tratamento de doenças, somado à desconstrução de mitos antes arraigados ao processo de adoecimento, representam grandes avanços na história da medicina. É inegável o reconhecimento de que o modelo biomédico, fundamentado na filosofia cartesiana, trouxe avanços fundamentais para a medicina e para a saúde de modo geral traduzidos, por exemplo, no prolongamento da expectativa de vida humana graças ao conhecimento ampliado quanto ao uso de medicamentos, equipamentos e procedimentos médicos, de diagnóstico e de tratamento. Todavia, trata-se de reconhecer também que este mesmo modelo médico fundado na biomedicina e na anatomofisiologia trouxe dificuldades para a atuação médica no que se refere à capacidade de ampliar a compreensão do profissional médico – e dos profissionais da saúde em geral – para integrar em sua ação de saúde o âmbito biológico às demais dimensões da existência humana – o psíquico, o cultural, o social, o econômico, de modo a produzir saúde e não apenas a recuperação física após a instalação da doença. A tendência da medicina moderna de compreender a doença e a saúde reduzidas a processos fisiológicos, com diagnósticos e tratamentos técnicos, de um lado altamente importantes, fomentou, de outro, a desarticulação das dimensões humana, cultural, psicológica e afetiva do processo saúde-doença, não sem consequências sobre a própria vida e a saúde humanas. O cuidado técnico-especializado com as doenças do corpo geralmente ocorre em detrimento de uma compreensão mais ampla de saúde vinculada à cultura e à espiritualidade humanas, aos costumes e modos de vida individuais e sociais, que obviamente também estão na origem das doenças e que precisam ser levados em conta para que o tratamento possa ter mais eficácia.

A partir dessa compreensão fragmentada de saúde, doença e cuidado, surgiram diversos movimentos que almejam resgatar uma compreensão mais ampla da saúde humana, insistindo na ideia de humanização, proposta em diversas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa conceitualização, que implica partir da percepção do paciente como pessoa, já era considerada por doutrinas do ano de

1880 que prosseguiram até meados da Segunda Guerra Mundial, como no livro *The patient as a Person*, de George Canby Robinson (1939), que inferia que a “satisfação científica” estaria substituindo a “satisfação humana” e que, para mudar esse cenário, seria necessário tratar o paciente como um todo. De qualquer modo, fica claro, neste esforço de compreensão mais ampla da saúde, o quanto a medicina como ciência técnica baseada em um saber especializado pode estar ancorada em saberes das ciências humanas e sociais e o quanto sua “eficácia de cura” pode ser potencializada pela problematização filosófica sobre a condição humana. Pois, a própria dimensão anatômico-fisiológica do ser humano imbrica-se profundamente com sua dimensão espiritual e afetiva, como já havia mostrado Hipócrates e toda a tradição subsequente, que a ele se vinculou. Aprender a perguntar-nos quem fomos, o que somos e o que queremos ser certamente fortalece nosso espírito para podermos suportar as inquietações e incertezas que tais perguntas nos geram, incluindo, entre elas, o medo e o desespero humano diante da eminência da morte (Arantes, 2019).

Soma-se a esses esforços o movimento de humanização em saúde proposto na Medicina de Família e Comunidade, na Atenção Primária em Saúde (APS) bem como na Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2013), que afirmam, entre outros princípios, a escuta como uma das dimensões fundantes da humanização. Podem ser observadas, assim, limitações no paradigma biomédico e pensar sua ampliação pela via das concepções humanizadoras tal como pensadas pelas políticas de saúde torna-se caminho para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde. Também a produção de Ferreira (2014, p. 78) é emblemática na direção de ressaltar a importância desta ampliação ao afirmar que

[...] a importância da escuta em todas as áreas da atuação humana, em particular na área da saúde, onde a mecanização do cuidado vem distanciando os agentes envolvidos e destruindo a possibilidade de um diálogo genuíno entre eles. Uma relação desigual entre as partes produz um desequilíbrio de poder, com o predomínio do mais forte sobre o mais fraco. Isto não interessa à promoção de uma saúde plena, que exige um equilíbrio de forças entre os interlocutores, e uma empatia de sentimentos que promova a compreensão, a partilha e a alegria do encontro, mesmo – ou sobretudo – em situações adversas. Apenas nessas condições é que se estabelecerá a confiança necessária ao tratamento, que levará à cura almejada pela ciência através de seus incalculáveis esforços.

Assim, enfatiza-se a importância da dimensão humana na formação de profissionais articulada aos saberes oriundos da medicina científica, visando superar o modelo de medicina tradicional segmentado, a fim de praticar um cuidado

humanizado, unindo saberes científicos e humanos. Para tanto, faz-se necessário, na sequência do ensaio, o esclarecimento de alguns conceitos.

Conceituações importantes para a formação humana na saúde: doença, saúde, cuidado e projeto de felicidade

Na contemporaneidade, regida pela redução instrumental da racionalidade, entende-se saúde e doença de forma dicotômica, de modo que a presença de doença elimina a saúde e a saúde exige a ausência da doença. Em uma análise mais aprofundada, percebe-se que esse antagonismo é infundado, uma vez que nem sempre um indivíduo sem doença é saudável, assim como a saúde não depende exclusivamente da ausência de doença. Esses conceitos conduzem o profissional a reduzir o cuidado em saúde ao êxito prático de determinada técnica, ocorrendo uma monopolização da doença sob os juízos acerca da saúde. Cabe ressaltar a importância do êxito prático das técnicas para a manutenção da vida. Faz-se oposição ao entendimento exclusivo deste êxito como parâmetro e modo de engendrar saúde.

Como alternativa para tornar o cuidado em saúde mais humanizado, propõe-se bases ampliadas para a saúde, para a doença e para o cuidado, como as propostas por José Ricardo Ayres, que auxiliam a compreender a importância da formação hermenêutica na prática médica e na saúde. A doença, no paradigma biomédico, se fundamenta na alteração de aspectos fisiológicos do corpo humano, ou seja, trata-se de uma noção extremamente objetiva, cuja terapêutica é focal e específica tornando-se, tendencialmente, a terapêutica supervalorizada em comparação com a promoção e prevenção, que também são partes do cuidado em saúde. Deriva-se desta dicotomia, uma outra: o profissional da saúde como sujeito (ativo) e a pessoa cuidada como objeto (passivo) na relação de saúde. Tal situação resulta na desconsideração quase por completo do saber sobre si da pessoa cuidada e uma transferência desse saber para o profissional, agudizando a passividade do primeiro frente ao segundo e inibindo seu envolvimento e participação ativa nas opções terapêuticas adotadas.

Esta situação caracteriza uma forma de tratamento médico que tem sua origem na vertente pedagógica ocidental autoritária. Segundo tal pedagogia, o aprendizado ocorre por transmissão de conhecimento, na qual o professor que sabe ensina e o aluno, para que possa aprender, precisa colocar-se na posição de escuta passiva, ou seja, de obediência irrestrita ao comando dado pelo professor. O núcleo de tal concepção

repousa em uma noção dicotômica e estática de conhecimento que sempre coloca na posição subalterna, quem supostamente não sabe. O fato é que nesta relação vertical postulada não pode ocorrer diálogo no sentido hermenêutico, pois não há escuta ativa e, por conseguinte, a possibilidade da pergunta subsequente, de quem ouviu atentamente. Este aspecto autoritário da concepção antidialógica de educação já foi criticado ainda pela pedagogia clássica, de origem greco-romana, afirmando que sem reciprocidade não há formação no sentido ético do termo. Por isso, a tradição clássica, cujo exemplo são Sócrates e Sêneca, sustentou a relação *parresíastica* entre mestre e discípulo, ou seja, o uso recíproco da palavra franca e da escuta silenciosa ativa.²

Retomando nosso tema, trata-se não somente de apontar possibilidades distintas de levar a cabo as práticas de cuidado, mas de alertar que uma prática mais afetada pela redução ao paradigma biomédico produz efeitos sobre o sujeito a quem deveria cuidar, ou seja, forja subjetividades. Para De Carli, Santos Filho e Cezar (2020), uma prática de cuidado deve considerar a complexidade humana e favorecer um tipo de relação humanizada que dá lugar à escuta e à palavra, sem urgência em encontrar soluções simples ou reducionistas, levando em conta a responsabilidade que cada um tem para consigo mesmo e com o outro. Os autores se apoiam no conceito foucaultiano de modos de subjetivação, ou seja, de modalidades de produção subjetiva que, inscritas no social, vão impactar a subjetividade e gerar uma transformação no sujeito. É preciso lembrar que a denominação foucaultiana “modos de subjetivação” (Foucault, 2004) designa, paradoxalmente, o equivalente a “modos de objetivação” do sujeito, que tomam o sujeito por objeto e produzem modos de subjetivação que convocam o sujeito à posição de assujeitamento, com efeito de alienação e desresponsabilização para consigo.

Consideramos, com Ayres (2007), que a ampliação do paradigma biomédico – com a superação de suas dicotomias danosas à saúde e à vida humanas e a preservação de suas contribuições exitosas ao campo da saúde – são alcançadas com o entendimento de que saúde e doença são duas entidades que não partilham da mesma objetividade, uma vez que a saúde consiste, em perspectiva ampliada, também como construção antropológica e cultural, possuindo, portanto, uma dimensão subjetiva. Isso significa que o êxito prático de um procedimento, técnica ou prescrição que isola a doença e a retira de uma dimensão pessoal não pode ser concebido como único fator determinante, embora contribua para a conquista da saúde, pois esta advém, além da perícia das práticas técnicas, também de uma construção subjetiva

de todos os envolvidos na relação de cuidado e daquilo que consideram, juntos, como saúde. Não se trata, portanto, de afirmar que a técnica utilizada visando a cura de doenças é secundária ou pouco importante, mas que essa técnica precisa ser inserida num âmbito maior de compreensão daquilo que representa a saúde. Isso justifica a importância de que a formação médica profissional seja ancorada na formação humanista, possibilitando ampliar o saber-fazer técnico, inserindo-o no contexto sociocultural ao qual pertence. Neste sentido, a ideia de formação humana auxiliaria aqui na compreensão cultural-hermenêutica da relação médico-paciente, na problematização da condição humana que os constitui no teto comum que ambos habitam, enquanto seres humanos pertencentes a um cosmos misterioso e infinito.

Partindo dessa lógica de construção subjetiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um “estado de perfeito bem-estar físico, mental e social” e remete em partes ao conjunto de sentidos abrangidos. Entretanto, conduz a uma conceituação falha, uma vez que é plenamente inatingível. Nesse sentido, Ayres contrapõe o termo “estado” com a proposição de que a saúde é composta por aspectos não estáveis, ou seja, não um “estado”, mas um dinamismo constante dependente da situação de vida atual do indivíduo e do chamado “projeto de felicidade” (Ayres, 2007). Então, conquistar a saúde exige compreender também a significância da subjetividade da pessoa que adoece, ou seja, seus aspectos emocionais, afetivos e sociais. Isso significa compreender a enfermidade além de uma desordem fisiopatológica, como uma entidade capaz de alcançar todas as esferas da vida. Como afirma Ayres (2007, p. 57):

Em síntese, o que o enfoque hermenêutico da saúde aqui defendido propõe para a reconstrução humanizadora das práticas de saúde é que profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações.

“Projeto de felicidade” foi o termo utilizado por Ayres para explicar o objetivo do cuidado em saúde, com o intuito de escolher quais métodos instrumentais serão usados para determinada situação. Cada indivíduo nasce com situações pré-determinadas, como a história de seus antepassados, sua genética e até mesmo o adoecimento. O projeto de felicidade, então, não se refere a metas estáticas, mas sim à resignificação que a pessoa cuidada dará a essas condições pré-determinadas, o que tem a ver com a atribuição de sentidos singulares, quer dizer, sentidos próprios de cada sujeito para as experiências vividas.

O processo de atribuição de sentidos, sendo singular, não é replicável aos moldes dos dados científicos e objetivos, mensurados em testes que pretendem quantificar a saúde e estabelecer padrões para a felicidade e para a vida. A felicidade, assim como a saúde e a vida, é dinâmica, depende de condições subjetivas e materiais, mas que quando alcançadas, não definem por completo a felicidade. Desse modo, o projeto de felicidade constitui-se por metas e objetivos que mudam conforme a significância do indivíduo para determinados momentos de sua vida, ou seja, é um norte existencial para o qual as ações em saúde devem se dirigir. Em outras palavras, o projeto de felicidade aponta para as realizações pessoais, afetivas, materiais e sociais do indivíduo, sendo que o papel do profissional da saúde é o de garantir que o adoecimento interfira o mínimo possível nesse processo. Compreendida hermeneuticamente, a noção de projeto de felicidade insere-se na própria historicidade humana e social e, deste modo, precisa se desvencilhar de perspectivas teleológicas fixas que determinam de antemão, autoritariamente, o que cada ser humano deve ser (Dalbosco, 2019a, p. 35-64).

A conceituação de “projeto de felicidade” proposta por Ayres auxilia na articulação entre saúde, doença e cuidado na prática médica de maneira a ampliar o olhar sobre a singularidade do processo de adoecimento. Essa ampliação pode permitir a constituição da autonomia necessária para promover sua saúde, prevenir o adoecimento e participar de forma ativa em uma eventual terapêutica. Para a conquista desse fim, o projeto de felicidade, o bem-viver, deve estar no horizonte de compreensão também do profissional. Nesse processo, considera-se a pessoa cuidada com base na complexidade que lhe é intrínseca: como ser vivo biológico, cultural, social, emocional e afetivo. Partindo desta compreensão, os termos “paciente” e “pessoa adoecida” são inadequados, pois não dizem do ser humano complexo e multifacetado que compõe a pessoa, retirando-lhe a autonomia e os seus aspectos volitivos, transformando-a em receptora e não em também autora de seu próprio cuidado. A situação de se estar doente é apenas uma das condições que ela assume ao longo de sua vida e que não exclui as tantas outras ações e posições de alguém no mundo.

Essa complexidade intrínseca ao ser humano demonstra que o bem-viver de cada pessoa demanda um cuidado em saúde específico, que deve ser pensado a partir da definição de seu projeto de felicidade individual ou da comunidade da qual faz parte, naquele determinado momento. A partir disso, serão criadas estratégias baseadas na técnica instrumental da prática médica, observando também os conhecimentos de cada pessoa e da comunidade em que está inserida. Se esse processo for feito de

maneira inversa, ou seja, pensando primeiro nas estratégias técnicas e depois nos objetivos baseados no projeto de felicidade, a saúde será reduzida ao êxito prático de técnicas e, novamente se instaura a dicotomia saúde apenas como o oposto de doença. Desse modo, cuidado em saúde relaciona-se intimamente com a promoção do bem-estar para além da correção de distúrbios, exigindo um intenso diálogo entre o profissional da saúde e o ser humano ao qual presta cuidados. A exigência do diálogo é posta, uma vez que:

No cotidiano das pessoas, que no fim das contas é o mundo que de fato importa, nem sempre a vida segue preceitos e sabedorias pautadas pelo rigor do saber científico hegemônico. Pelo contrário, quanto maior for a disposição para o compartilhamento de saberes, maior será a potência para solução de questões do mundo prático. Os saberes tornam-se ainda mais potentes quando encaram os próprios limites do conhecer (El Kadri *et al.*, 2021, p. 18).

O diálogo, nessa perspectiva, que consiste na produção de compartilhamentos, da apropriação do que até então não era conhecido pelo outro, demanda que a pessoa cuidada saia da posição de objeto e passe também a autor em seu cuidado em saúde, a sujeito na relação terapêutica. Para esse fim, torna-se fundamental uma ampliação do olhar sob o cuidado em saúde, função destinada principalmente ao profissional, que deve se encarregar de instituir uma nova postura nessa relação. Assumindo a postura dialógica, o profissional cria as condições para a inserção, na promoção, prevenção e tratamento em saúde, dos aspectos afetivos, emocionais e sociais que a pessoa cuidada vive naquele determinado momento bem como de seu saber sobre a própria condição de adoecimento. Considerando que a capacidade da escuta é nuclear à postura dialógica, o profissional da saúde precisa aprender, antes de tudo, a ouvir a ele mesmo, questionando-se permanentemente, em seu trabalho profissional cotidiano, sobre o que e como está escutando. Por isso, a postura dialógica baseada na escuta é algo muito exigente, que nem todos aceitam ou suportam, porque pressupõe o exame crítico de si mesmo e, convenhamos, colocar-se na condição de juiz de si mesmo pode tornar-se insuportável.

Cabe ressaltar aqui que a inclusão do saber próprio de cada pessoa cuidada não implica na exclusão do conhecimento técnico do profissional da saúde. Não é tal exclusão que estamos reivindicando, de maneira alguma. Significa, antes, unir ambos a fim de alcançar o êxito almejado, objetivando o projeto de felicidade de cada um, de maneira que o cuidado deve se apoiar nas técnicas instrumentais, mas não se submeter completamente, reduzindo-se a elas. O que se propõe com a formação

hermenêutica na prática médica e na área da saúde não passa pela anulação da formação técnica, mas antes pela incorporação da subjetividade de ambos – pessoa cuidada e do profissional, estabelecendo assim a vinculação orgânica entre ambos, resultando na noção de cuidado que possa sustentar um sentido ampliado de saúde.

Formação humana em perspectiva hermenêutica-dialógica na prática médica e na área da saúde

O processo saúde-doença envolve dimensões subjetivas, éticas e políticas, atingindo aspectos afetivos, emocionais e sociais do sujeito. Também o cuidado em saúde, se almeja envolver todos esses aspectos, deve-se fundamentar em um projeto de felicidade, que o profissional busca compreender a partir do diálogo com a pessoa cuidada e/ou com a comunidade, construindo em conjunto de práticas, técnicas e formas de atingir esse fim. Entretanto, é importante lembrar que esse “fim” é dinâmico e muda constantemente e por essa razão a formação hermenêutica na prática médica e na área da saúde torna-se importante.

A formação humana não visa, de modo algum, excluir a formação técnica de profissionais da saúde. Os principais aspectos positivos da evolução da medicina pré-técnica para a técnica, baseada no paradigma cartesiano, consistiram no aprimoramento de formas de diagnóstico, tratamento e implementação de novas tecnologias que possibilitaram a melhora da qualidade de vida da população e a diminuição de doenças e da mortalidade em todas as faixas etárias. Por conseguinte, a formação humana visa ampliar a formação técnica para atualizar tendências já desenvolvidas pela medicina pré-técnica, sobretudo pela medicina hipocrática, como a integralidade e complexidade humanas, baseadas na concepção hermenêutica de saúde, doença e cuidado. Não se trata de um retorno nostálgico e irrefletido a eras anteriores da medicina, mas de tomar em consideração os processos que lá ocorriam e que podem, com a devida atualização, auxiliar na formatação de modos de cuidado em saúde que considerem a complexidade da condição da saúde humana e de sua pertença a uma ordem maior das coisas. Por isso, trata-se de lançar um olhar hermenêutico sobre a prática médica e sobre a área da saúde.

A concepção hermenêutica compreende a análise interpretativa do processo saúde-doença, entendendo as bases fisiopatológicas para tal – através da instrumentalidade biomédica das ciências da natureza –, mas também observando as questões afetivas

e sociais envolvidas, através das ciências humanas e sociais. Isso é feito com o intuito de levar o profissional a manter seu olhar aguçado ao se deparar com a doença em uma pessoa ou comunidade. Pois, assim, ele pode observar as questões envolvidas nesse processo e adotar uma postura dialógica que o leve a discutir as racionalidades práticas que regem o conceito de saúde. Pode perceber os valores materiais, subjetivos, os afetos e emoções que uma pessoa cuidada e os profissionais que dela cuidam depositam no processo do adoecimento. Tal postura adquire a forma de constante exercício crítico a ser realizado desde o processo formativo do profissional, na graduação, e seguindo durante toda a sua prática profissional: a compreensão e incorporação do projeto de felicidade e bem viver no fazer do profissional em saúde, considerando-os em sua pertença sociocultural.

Entender a situação e o contexto de vida de cada pessoa cuidada e da comunidade depende do diálogo entre os profissionais de saúde e os sujeitos envolvidos. O diálogo, ou seja, o compartilhamento de saberes antes não conhecidos por uma das partes (Ayres, 2007, p. 58), necessita de mútua confiança entre ambas as partes, a qual é responsabilidade de ambos, mas mormente do profissional da saúde. Desse modo, para que essa confiança seja estabelecida, o profissional deve estar preparado para ampliar seu olhar para além de seus julgamentos e suas próprias percepções de mundo, a fim de se tornar compreensivo diante das dores e preocupações do outro. Para que isso ocorra, é necessário que se problematize a importância do diálogo e de como fazê-lo, pois as barreiras impostas a ambos – sua importância e o modo de fazê-lo – transpõe a mera troca de palavras, abrangendo olhares, movimentos, atitudes e a própria disposição corporal de ambas as partes. Portanto, o profissional da saúde deve estar preparado para compreender a integralidade através da complexidade e diversas facetas que o diálogo propõe.

Essas diversas facetas propostas pelo diálogo muitas vezes passam despercebidas na relação contemporânea do profissional da saúde com a pessoa sob seus cuidados. Isso acontece, entre outros fatores, pela hierarquização do cuidado, com o profissional ocupando a posição de sujeito e a pessoa cuidada de objeto. Um exemplo onde podemos ver essa postura reforçada é o modo com que a anamnese – entrevista com a pessoa cuidada – é ensinada, ou seja, por meio de perguntas sucessivas que não consideram, muitas vezes, a importância de determinadas informações consideradas não relevantes à biomedicina, de modo que o profissional escuta e dá atenção apenas a algumas partes da conversa, como se essas partes fossem isoladas da pessoa.

O papel da formação humana nesse sentido não seria modificar a anamnese por completo, já que algumas perguntas focais são realmente essenciais ao diagnóstico de algum distúrbio, mas sim problematizar junto aos novos profissionais sobre a importância de uma escuta para além das informações julgadas como “relevantes” para a biomedicina, ampliando o escopo e a forma de realizar as perguntas. Essa forma de escuta exige perguntas mais amplas sobre os diversos segmentos da vida em questão e a capacidade de interpretar. O papel da formação humana, em perspectiva hermenêutica-dialógica na formação de profissionais da saúde, não se restringe a complementar a anamnese clínica. Vai para além do desenvolvimento da escuta ampliada do profissional, visando modificar sua própria forma de perguntar, de modo que em cada pergunta o profissional consiga extrair respostas que lhe permitam compreender a situação de saúde da pessoa cuidada e não apenas dados relativos à sua patologia.

Nesse sentido, de acordo com Ayres (2005), o próprio encontro com a pessoa cuidada e a comunidade bem como a consulta médica deixam de ser apenas entrevistas guiadas por profissionais da saúde e se transformam em uma experiência em que o profissional e a pessoa se encontram para buscar soluções conjuntas para problemas vivenciados, que transcendem a esfera puramente biológica. Com isso, é necessário que as perguntas de condução do momento tornem-se mais abrangentes, englobando o entendimento sobre as funções da pessoa em seus meios sociais, a repercussão da doença nos papéis que ocupa, as expectativas em relação ao tratamento e profissionais que atuam no cuidado e outras mais que transmitam a ideia de bem-viver e projeto de felicidade da pessoa.

O objetivo da formação humana em perspectiva hermenêutica na prática médica e na área da saúde é, portanto, humanizar o cuidado, através da transformação de paradigmas relacionados à saúde. Esse cuidado deve ser produto do saber instrumental, objetivo e prático do profissional da saúde articulado ao saber prático da pessoa cuidada e do profissional, ou seja, deve ser construído sob o ponto de vista de ambos. Os profissionais da saúde ao tomarem para si uma compreensão hermenêutica de saúde, doença e cuidado, enquanto realidades além do discurso biomédico causa-efeito, abrangendo todos os aspectos afetivos, emocionais, culturais, políticos, éticos e sociais, compreenderão mais facilmente a convergência dessas várias dimensões na constituição da saúde. Acredita-se aqui que para a realização de um cuidado humano em saúde, não basta ao profissional um saber instrumental e subjetivo. É necessário, articulá-lo a um saber prático e ético que a formação humana pode oferecer.

Procuramos argumentar, ao longo do ensaio, sobre a importância de que o saber técnico especializado se deixe ancorar pelo saber prático, de cunho ético-formativo, alicerçado na noção hermenêutica de diálogo. Considerando que a práxis dialógica tem na escuta e na capacidade humana de perguntar dois princípios irrecusáveis, trata-se, na formação do profissional da área de saúde, de atentar cuidadosamente para tais princípios. Pois, quem desenvolve livremente a abertura para a escuta, aprende, ao mesmo tempo, a perguntar de maneira mais adequada, transformando a própria dinâmica sempre inconclusa escuta-pergunta-resposta na mola propulsora de sua vida pessoal e profissional. Com isso, torna-se capaz de auxiliar na transformação qualitativa da vida de outros seres humanos porque é capaz, antes de tudo, de se transformar a si mesmo. Aí repousa, em síntese, o poder liberador da práxis dialógica, porque pressupõe previamente a autotransformação do sujeito (profissional), para que ele possa contribuir na transformação (cura) dos outros.³

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Programa Nacional de Pós-Doutorado, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelos subsídios oferecidos para a realização desta pesquisa, ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo (PPGEdu-UPF) e ao PROJETO- Associação Científica de Psicanálise e humanidades de Passo Fundo pelas constantes parcerias humana e científica oferecidas.

Referências

- ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale apenas viver*. São Paulo: Editora Sextante, 2019.
- AYRES, J. R.C. M. Hermenêutica e humanização das práticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022
- AYRES, J. R.C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 23 maio 2023.

- DALBOSCO, C. A. Metamorfoses do conceito de formação: da teleologia fixa ao campo de força. In: DALBOSCO, C. A.; MÜHL, E. H.; FLICKINGER, H.-G. (Orgs.). *Formação humana (Bildung): despedida ou renascimento?* São Paulo: Cortez Editora, 2019a.
- DALBOSCO, C. A. *Instructio, Libertas, e exercício contemporâneo na contemporaneidade. Educação & Sociedade*, v. 40, p. 1-20, 2019b.
- DE CARLI, F. G.; SANTOS FILHO, F. C.; CEZAR, L. Medicalização, patologização, medicação na infância: como chegamos a isso? In CATÃO, Inês. *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça*. São Paulo: Ágalma, 2020.
- EL KADRI, M. R. *et al.* Diálogo de saberes no enfrentamento à covid-19 entre os povos indígenas da Amazônia brasileira. In: EL KADRI, M. R. (org.) *et al.* *Bem Viver: Saúde Mental Indígena*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021, p. 14-21.
- ENTRALGO, P. L. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1978.
- FLICKINGER, H-G. *A caminho de uma pedagogia hermenêutica*. Campinas: Autores Associados, 2010.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FERREIRA, E. M. A. A escuta sensível das narrativas médicas. *INTERSEMIOSE Revista Digital*, ano III, n. 5, p. 78-98, 2014.
- GADAMER, H-G. *Gesammelte Werke 2*. Tübingen: Mohr Siebeck, 1999.
- GADAMER, H-G. *O caráter oculto da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
- MacNAUGHTON, J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *The Journal of Medical Ethics and Medical Humanities*, v. 26, n.1, p. 23-30, 2000. DOI: 10.1136/mh.26.1.23. Disponível em: <https://mh.bmj.com/content/26/1/23.long> . Acesso em: 20 jan. 2022.
- OUSAGER, J.; JOHANNESSEN, H. Humanities in undergraduate medical education: a literature review. *Academic Medicine*, v. 85, n. 6, p. 988-98, 2010. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181dd226b. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2010/06000/Humanities_in_Undergraduate_Medical_Education__A.22.aspx . Acesso em: 20 jan. 2022.
- REGINATO, V.; DE BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LrvT9vJJ6F3nXdYQCgzBqGF/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- ROBINSON, G. C. *The Patient as a Person: A Study of the Social Aspects of Illness*. Califórnia: Commonwealth Fund, 1939.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007. DOI:10.1590/S0100-55022007000200010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/09.pdf> . Acesso em: 22 jan. 2022.

WALD, H. S.; McFARLAND, J.; MARKOVINA, I. Medical humanities in medical education and practice. *Medical Teacher*, v. 41, n. 5, p. 492-496, 2018. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1497151. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0142159X.2018.1497151?journalCode=imte20>. Acesso em: 22 jan. 2022.

Notas

¹ Sua obra *Verdade e método* constitui a referência clássica de sua fundamentação filosófica da linguagem humana como diálogo (Gadamer, 1999). Para possíveis desdobramentos pedagógico-educacionais da hermenêutica filosófica, ver Hans-Georg Flickinger (2010).

² Neste contexto, *A hermenêutica do sujeito*, de Michel Foucault, constitui um texto clássico no sentido de pensar a possibilidade da formação ética do sujeito na perspectiva do saber parresiástico, que orienta a relação entre educador e educando (Foucault, 2004). Sob esta perspectiva, ver Claudio Almir Dalbosco (2019b, p. 1-20).

³ C. A. Dalbosco e R. Maraschin: revisão geral das ideias do artigo, elaboração das ideias do artigo, construção de parte da revisão de literatura. F. C. dos Santos Filho: revisão geral da coerência da argumentação do artigo, revisão das referências. A. K. Dalbosco: idealização geral do artigo, elaboração das ideias iniciais, construção de parte da revisão de literatura.

Abstract

Human education in the hermeneutic perspective in the health area

The article aims to reflect on the importance of human education in a hermeneutic-dialogical perspective for the practice of health professionals, their training and health promotion. In this sense, it forms a chorus with productions favorable to the understanding that practice, training, and health promotion must also be anchored in the paradigm of the medical humanities. Methodologically, it is a literature review anchored in a hermeneutical work with classic texts by the German philosopher Hans-Georg Gadamer on health and secondary literature on the subject. It is divided into three parts. The first analyzes medicine and some of its conceptions about health and disease throughout history, observing the transformations from a broader medical science, founded on religion and spirituality, to the predominance of the technical-scientific paradigm. In the second, delimitations are carried out on some essential concepts for understanding the importance of human education for the health professional. In the final part, an idea of human education supported by the hermeneutic-dialogical perspective is investigated. It concludes by affirming the importance that the specialized technical knowledge in the health area should be anchored by practical knowledge, of an ethical-formative nature, based on the hermeneutic notion of dialogue.

► **Keywords:** Human Education. Hermeneutics. Health. Dialogue.

