



PRIMUM NON NOCERE: HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E CONCEPÇÕES DE HIPÓCRATES

Rodolpho Fernandes de Souza¹

RESUMO

Nos tempos antigos, há antecedentes da abordagem social à saúde. Hipócrates 460-370 a.C. e Galeno, no segundo século, já elevaram a influência das condições de vida e de trabalho na saúde da população. Engels, na história da origem e desenvolvimento da família, descreve as modificações das relações familiares como resultado das diferentes condições sociais e econômicas de vida, elo que se manifesta pela identificação da relação entre as características dos sistemas sociais, as condições de vida e as relações familiares, bem como os tipos de família, de acordo com períodos de desenvolvimento histórico. Diante desse panorama histórico, esse estudo tem a meta de discorrer sobre a humanização do atendimento e as concepções de Hipócrates para a medicina moderna. Portanto, devido à própria natureza dos serviços de saúde, a humanização deve se tornar uma prioridade das instituições de saúde e ainda é impressionante referir-se à humanização/deshumanização no contexto de uma relação, como a saúde, que é fundamentalmente (deve ser) interhumana, pessoal e útil.

Palavras-chave: Humanização; Hipócrates; Saúde.

RESUMEN

En la antigüedad, hay antecedentes del enfoque social de la salud. Hipócrates 460-370 a.C. y Galeno, en el siglo II, ya han elevado la influencia de las condiciones de vida y de trabajo en la salud de la población. Engels, en la historia del origen y desarrollo de la familia, describe los cambios en las relaciones familiares como resultado de las diferentes condiciones sociales y económicas de vida, un vínculo manifestado por la identificación de la relación entre las características de los sistemas sociales, las condiciones de vida y las relaciones familiares, así como los tipos de familia, según períodos de desarrollo histórico. Ante este panorama histórico, este estudio pretende discutir la humanización del cuidado y las concepciones de Hipócrates para la medicina moderna. Por lo tanto, debido a la naturaleza misma de los servicios de salud, la humanización debe convertirse en una prioridad de las instituciones de salud y sigue siendo impresionante referirse a la humanización / deshumanización en el contexto de una relación, como la salud, que es fundamentalmente (debe ser) interhumana, personal y útil.

Palabras clave: Humanización; Hipócrates; Salud.

ABSTRACT

In ancient times, there is antecedents of the social approach to health. Hippocrates 460-370 a.C. and Galen, in the second century, have already raised the influence of living and working conditions on the health of the population. Engels, in the history of the origin and development of the family, describes the changes in family relationships as a result of the different social and economic conditions of life, a link manifested by the identification of the relationship between the characteristics of social systems, living conditions and family relationships, as well as family types, according to periods of historical development. Given this historical panorama, this study aims to discuss the humanization of care and hippocrates' conceptions for modern medicine. Therefore, due to the very nature of health services, humanization must become a priority of health

¹ Mestre em Ciências do Cuidado e Saúde pela Universidade Federal Fluminense; Enfermeiro nas Redes Públicas de Iguaba Grande.
E-mail: rodolphosouza79@gmail.com



institutions and it is still impressive to refer to humanization/dehumanization in the context of a relationship, such as health, which is fundamentally (must be) interhuman, personal and useful.

Keywords: Humanization; Hippocrates; Health.

INTRODUÇÃO

Os aspectos biomédicos e curativos têm tido influência por séculos nos serviços de saúde, a "cura" assumida pela medicina moderna, baseia-se em uma perspectiva analítica, empírica e experimental, adequada para o estudo de processos biológicos e fisiopatológicos, que, como fenômenos naturais, apresentam estabilidade, regularidade, constância e certa independência de contexto, mas, reduziu o ser humano ao biológico; situação que vem do século XVIII, em que o corpo humano se torna um objeto específico da aplicação da medicina, e o doente se torna uma doença.

O cuidado holístico nos serviços de saúde tem sido dificultado por essa visão biomédica da saúde, que determina que a enfermagem concebe a realidade dentro dos parâmetros da biomedicina, onde o cuidado é concebido a partir de normas, registros, rotinas e padrões de comportamento desde que as famílias entram nos centros de saúde.

No Brasil, essa visão biomédica da atenção à saúde na qual a assistência ao paciente é realizada é o que levou os profissionais de saúde a uma sobrecarga de trabalho biomédico e trabalho mecanizado, determinando que o trabalho se torne quase "invisível" nos campos clínicos. Essa situação não é estranha nos serviços de saúde brasileiros, pois o não reconhecimento de seu trabalho está levando à insatisfação profissional dos envolvidos com saúde, em que observam a desvalorização do trabalho nas áreas clínicas e a distância da humanização do cuidado.

Por outro lado, os usuários dos centros de saúde sentem a necessidade de que esse cuidado seja significativo, onde a escuta, a empatia e o afeto são considerados tão importantes quanto os aspectos técnicos do trabalho. No entanto, os profissionais de saúde, como forma de se sentirem valorizados, têm o cuidado relacionado com as ações cotidianas e consideram a tecnologia como poder, muitas vezes orientando sua prática mais mecanizada, distanciando-se assim dos valores morais e políticos inseridos em seu cotidiano, por outro lado, são



esses aspectos que separam atuantes em saúde da análise crítica de sua realidade e a mantêm em uma neutralidade confortável onde a execução rotineira do procedimento prevalece.

No Brasil, embora o estudo do cuidado esteja em um primeiro estágio, observa-se que os profissionais de saúde têm dificuldade em conceber a gestão assistencial como própria devido ao seu papel predominantemente biomédico, situação que é vista com preocupação pelos estudiosos e organismos de proteção ao trabalhador da saúde, já que são os próprios profissionais que não concebem a gestão do cuidado como algo prioritário, observando nos profissionais intra-hospitalares, que as atividades que realizam são, em sua maioria, derivadas do diagnóstico e tratamento médico, acrescenta-se a limitação de seu exercício de autonomia profissional em seu cotidiano de trabalho.

Gutiérrez et al. (2002), em seu estudo do papel do profissional de saúde, observaram que os envolvidos nas práticas curativistas apresentaram apenas satisfação com atividades derivadas do diagnóstico e tratamento médico (técnico) e não de ações que correspondem ao processo assistencial ou outras do papel independente.

Balanza (1997) em busca do significado do cuidado em pacientes de serviços hospitalares, observa através de seu discurso que o cuidado com eles é composto por preocupação, amor, encorajamento, bom tratamento e atenção, ação oportuna, habilitação, poder e dependência, processos realizados por estudantes de enfermagem, mas, raramente é realizado por enfermeiros profissionais.

VISÃO HUMANÍSTICA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Modelos e teorias de enfermagem baseiam-se em uma visão humanística do cuidado, como o Watson (2005), que afirma que o cuidado é para cuidar de sua razão moral, não é um procedimento ou uma ação, o cuidado é um processo interconectado, intersubjetivo de sensações compartilhadas entre enfermeira e paciente.

O cuidado humano deve ser baseado na reciprocidade e deve ter uma qualidade única e autêntica. O profissional de saúde é chamado para ajudar o paciente a aumentar sua harmonia dentro da mente, corpo e alma, para gerar



processos de autoconhecimento. Desse ponto de vista, o cuidado não exige apenas que o profissional de saúde seja científico, acadêmico e clínico, mas também um agente humanitário e moral, como parceiro nas transações de cuidados humanos.

Por meio de estudos interculturais, Leininger (2007) faz as primeiras tentativas de esclarecer e conceituar a noção de cuidado, considerando-o o domínio central do corpo de saberes e práticas. Ele afirma que, a construção cuidadosa tem se manifestado por milhões de anos como fundamental no crescimento e sobrevivência dos seres humanos.

O cuidado permitiu que a espécie humana vivesse e sobrevivesse sob as condições ambientais, sociais, econômicas e políticas mais adversas. Os antecedentes do cuidado já remontam à mitologia romana, na qual "Cuidado" é quem cria o homem e o protege. A partir disso, segue-se que a "ação do cuidado" é, então, algo próprio do ser humano e revela sua constituição íntima.

Leininger (2007), considera que o cuidado é universal, mas são os processos, métodos e técnicas com os quais são desenvolvidos que variam culturalmente, por isso na cultura anglo-saxã há uma distinção entre os termos "care" e "caring", "care" é a ação do cuidado e do "caring" também incorpora um senso e intencionalidade humanitária da atuação dos profissionais de saúde.

Outro aspecto a ser considerado por teóricos como Leininger (2007) é estabelecer a diferença entre cura e cuidado onde, acrescentando que os processos de cura e cuidado apresentam diferenças em sua essência e em suas principais características; não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado sem cura.

As diferenças ontológicas entre as atividades de cura e as do cuidado, segundo Medina (1999), baseiam-se na dissimilaridade da perspectiva epistemológica e filosófica a partir da qual ambos começam.

Os aspectos biomédicos e curativos baseiam-se em uma perspectiva analítica, empírica e experimental, reduzindo o ser humano ao biológico, o ser humano é uma doença ou objeto de estudo.

Por outro lado, o "cuidado" de origem ancestral tem um olhar diferente, vê o sujeito como doente, diante de seu objeto-doença, permitindo que o sofrimento que pode ser aliviada não seja "escondido" na profundidade biológica do organismo. O cuidado reduz as distâncias entre os tratamentos e o sentido da



doença, por isso a enfermagem é baseada em uma visão holística, biopsicossocial, com foco nas respostas aos processos mórbidos e de saúde.

Outros autores, como Colliere (1993), estabelecem que esse conhecimento ancestral tem sido escondido pela hegemonia da racionalidade técnica, incorporada no conhecimento médico, que tem prevalecido nos sistemas de saúde. Segundo este autor, o trabalho dos profissionais de saúde vem desenvolvendo três tipos diferentes de atividades dentro dessas instituições: atividades que dependem diretamente da decisão e iniciativa desses profissionais no Brasil é definida no código de saúde como um papel independente; aqueles que dependem da decisão médica e aqueles que dependem de iniciativas compartilhadas com a equipe de saúde, estes últimos são conhecidos como o papel interdependente.

A visão humanística do cuidado de Watson (2005) é, portanto, importante porque muda a visão da assistência nos sistemas hospitalares, o cuidado deve adquirir uma dimensão profunda que vai além de uma técnica simples, planejamento de cuidados, recebimento de turno ou uma educação rotineira no dia a dia; é estar lá um com o outro, é compartilhar seus sentimentos e suas emoções.

TEORIA DA HUMANIZAÇÃO E CUIDADO TRANSPESSOAL

Para desenvolver a teoria da humanização no campo da saúde, fomos guiados por um dos pioneiros no cuidado humanizado nos Estados Unidos, o enfermeiro Dr. Jean Watson já citado neste estudo. Assim, o cuidado humanizado nasce do contato ou relação entre o paciente, sua família e o profissional de saúde, atendendo não só a dor física, mas também a dor espiritual e emocional, que tem importância tanto nas instituições de saúde quanto no cuidado domiciliar.

O profissional diretamente relacionado ao atendimento humanizado é o enfermeiro, mas os demais profissionais que compõem a equipe de saúde são tão importantes quanto são, uma vez que a visão do paciente como a da família é a da união e responsabilidade pelo problema da doença e a busca por um tratamento assertivo, o mais indolor possível e de pronta recuperação e isso é evidenciado em políticas, protocolos, processos e regulamentos gerados por especialistas em atendimento humanizado e adotados pelas instituições de saúde,



garantindo os direitos dos pacientes e seus familiares, garantindo a qualidade e a excelência do cuidado com eles.

A intenção de humanizar o cuidado essencial de cada paciente tem que terminar em ações que curam e tratam o intangível, o emocional, por isso nossa principal missão é proporcionar ao ser humano em sua fase de doença a calma e o conforto necessários para o seu bem-estar.

A interação entre profissional de saúde, paciente e família define o cuidado como um processo entre esses atores em uma dimensão de grupo, mas ao mesmo tempo focado nos benefícios pessoais do paciente, nos quais valores, conhecimentos, vontade e compromissos estão envolvidos na ação do cuidado. Aqui os profissionais envolvidos no cuidado elaboram um conceito de ideia moral, como a preservação da dignidade humana e o respeito pelos entes queridos do paciente (WATSON, 2005).

O campo fenomenológico que envolve essa atmosfera do cuidado na saúde corresponde à percepção da pessoa em sua totalidade de experiências de vida humana, abrangendo sentimentos, sensações, pensamentos, crenças, objetivos, percepções. Ou seja, é tudo o que constrói a história de vida do indivíduo tanto no passado, presente e futuro, quanto nos resultados que os parentes esperam para seu bem-estar, suas preocupações e suas esperanças na resolução do problema que ocorrem na doença, sua recuperação ou morte aceitas pelo ambiente familiar.

Sobre a relação transpessoal do cuidado, frisa-se que, para entender esse processo, devemos ser claros sobre dois conceitos básicos, estes são: o *transpessoal* que é ir além do próprio ego, que permite alcançar conexões imateriais mais profundas na promoção do conforto e cura do paciente, usando a escuta, esse sentido tão importante para alcançar tais conexões imateriais, ouvir é um senso de amor e compreensão.

Segundo Watson (2005):

Na visão transcendente e transpessoal do corpo, este permanece totalmente manifesto como físico e, certamente presente no mundo material e objetivo. Ao mesmo tempo também se manifesta como um fluido, como vibrações elementares de luz e energia, como correntes elétricas. O corpo comunica e está em comunicação, para além da superfície corporal. Cada campo de energia da consciência individual, está em interação e em trocas contínuas com todo ambiente interno e externo, o campo de energia não físico da existência de cada um. A



mente, o Eu, a alma, o espiritual e o material, são um só o corpo transcendendo o estado meramente biológico (WATSON, 2005, p. 38).

A empatia é muito importante na relação transpessoal, por isso é algo que devemos praticar dia após dia até alcançarmos um bom atendimento. Também, por meio de testemunhos profissionais que praticam a conexão transpessoal, nota-se que que essas pessoas compartilham suas experiências e formas de serem capazes de fazer essas conexões imateriais. A relação entre esses dois conceitos é dada pela caracterização de um tipo especial de cuidado humano que depende: o compromisso moral do profissional e saúde em proteger e melhorar a dignidade humana, bem como o eu mais profundo ou mais alto, além da situação de saúde (WATSON, 2005).

Ainda, é importante citar o período de cuidado que é uma ocasião em que o paciente e os familiares se conectam para o cuidado humano tanto física quanto pessoal e emocionalmente com um ponto de contato em um determinado tempo e espaço. Tem a capacidade de expandir a capacidade humana.

O risco de desumanização no atendimento ao paciente não se deve apenas à grande reestruturação administrativa da maioria dos sistemas de saúde da América Latina e do resto do mundo além do fato de que seus objetivos primários são os de qualidade e segurança do paciente, e estes são os indicadores atuais de uma excelente cultura organizacional e que, portanto, a visão da humanização em cuidado, pois é necessário cumprir inúmeras políticas, processos e procedimentos por meio da ciência da computação aplicada aos processos assistenciais.

Por isso, é necessário resgatar o aspecto humano, imaterial e transpessoal, na prática clínica, administrativa, educacional e de pesquisa por profissionais da área de saúde, que são o eixo fundamental para que esses processos sejam cumpridos.

Devido à grande reestruturação administrativa da maioria dos sistemas de saúde do mundo, e como acabamos de mencionar, é necessário resgatar o aspecto humano na prática por profissionais de saúde, englobando a enfermagem e médicos.

Diante dessa necessidade, há algumas premissas que precisam fazer parte da rotina de atendimento humanizado: (a) o cuidado só pode ser manifestado efetivamente e só pode ser praticado interpessoalmente; (b) o cuidado



compreende fatores de cuidado que resultam da satisfação de certas necessidades humanas; (c) o cuidado efetivo promove o crescimento da saúde e da saúde pessoal ou familiar, bem como o profissional de saúde; (d) as respostas derivadas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é, mas como a pessoa que ela pode se tornar; e (e) um ambiente assistencial oferece o desenvolvimento do potencial (WATSON, 2005).

De acordo com Favero (2013), os pressupostos que embasam este modelo de cuidado são os seguintes:

- 1) o cuidado transpessoal acontece durante o momento de cuidado;
- 2) o encontro entre o ser que cuida (enfermeira) e o ser cuidado (cliente) pode evoluir para um encontro transpessoal;
- 3) a aplicação dos elementos do Processo Clínico Caritas durante as fases de contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação são capazes de propiciar um cuidado transpessoal;
- 4) cuidado transpessoal envolve dois ou mais seres unidos em um mesmo propósito, envolvem-se mutuamente e são modificados física, mental e espiritualmente, tanto que passam a viver restaurados e impregnados um do outro;
- 5) as particularidades do ambiente e do contexto domiciliar influenciam o alcance do cuidado transpessoal;
- 6) conhecimento, empatia, altruísmo, respeito às crenças e individualidades, sensibilidade, e desejo genuíno de estar na relação de cuidar são características imprescindíveis da enfermeira que atua do cuidado domiciliar e que pretende aplicar a Teoria do Cuidado Humano;
- 7) a família, em especial o familiar cuidador, é elemento fundamental para a efetividade do cuidado domiciliar e, juntamente com o cliente, constituem a unidade de cuidado da enfermeira;
- 8) olhar com delicadeza, ouvir com atenção, tocar com carinho, mostrar-se presente e disponível, manter mente e alma abertas a novas experiências, não prejudicar e auxiliar para que o outro seja capaz de encontrar o caminho sem imposições, de modo natural e reconstituído, respeitar valores, crenças e costumes são formas que propiciam o cuidado transpessoal (FAVERO, 2013, p. 17).

Nesse âmbito assistencialista, existem, na mesma medida, fatores curativos da ciência do cuidado que envolvem a formação de um sistema humanístico-altruísta de valores, já que incorpora valores humanísticos e altruístas, facilita a promoção do cuidado holístico e do atendimento positivo dentro da população do paciente e do seu ambiente familiar.

Nesse conjunto de percepções, o conceito de família, de acordo com Favero (2013), pode ser definido como:

Conjunto de pessoas com vínculos afetivos e/ou efetivos que, ao interagir formam um núcleo de convivência que é influenciado e determinado pelo ambiente. Constituição social pautada em crenças, valores



e normas, estruturada cultural e socialmente, representando, juntamente com o cliente/ser humano e o cuidador, a unidade de cuidado da Enfermagem domiciliar (FAVERO, 2013, p. 46).

Também descreve o papel do profissional de saúde no desenvolvimento de inter-relações eficazes e na promoção do bem-estar, ajudando o paciente a adotar os comportamentos de busca de saúde do paciente. Inclui-se nesse eixo, ainda, o cultivo de sensibilidade para si mesmo e para os outros, pois o reconhecimento dos sentimentos leva à autorrealização por meio da autoaceitação, tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente (WATSON, 2005).

À medida que os profissionais de saúde reconhecem sua sensibilidade e sentimentos, tornam-se mais genuínos, autênticos e sensíveis ao paciente e seus familiares. É muito difícil alcançar o equilíbrio emocional nestes tempos em que o dinheiro não é suficiente, os produtos básicos são muito caros, mas se pode prescindir de virtude básica humana: a da compaixão, da pacificação da mente e do corpo que começa consigo mesmo e projeta para os outros. E isso, embora não consiga resolver os problemas pessoais, econômicos e emocionais do profissional responsável pelo cuidado, é um caminho para o bem-estar psíquico-emocional.

Uma das melhores ferramentas é desfrutar do equilíbrio emocional com uma mente centrada e calma, capaz de observar, ao mesmo tempo, os estados emocionais das pessoas ao nosso redor, portanto, dos pacientes. Nesse movimento empático, deve-se desenvolver uma relação de confiança no cuidado transpessoal, visto que pelo menos uma das partes pretende promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a melhoria da vida ou a aceitação da morte.

Outra preocupação dos profissionais de saúde é a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, já que compartilhar sentimentos é uma experiência arriscada tanto para os profissionais quanto para o paciente, pois aquele deve estar preparado para sentimentos positivos e negativos, devendo este reconhecer a compreensão intelectual e emocional de uma situação diferente dos pacientes e de seus familiares.

O uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões é também imprescindível, pois o uso do processo de atendimento proporciona uma abordagem científica para a resolução de problemas,



dissipando a imagem tradicional do enfermeiro, por exemplo, como assistente médica. O processo de atendimento humanizado é semelhante ao processo de pesquisa em termos de sistema e organização (WATSON, 2005).

A promoção do ensino-aprendizagem individual é um conceito importante para os profissionais de saúde, pois separa o cuidado da cura. Permite que o paciente seja informado e transfere a responsabilidade pelo bem-estar e saúde do paciente. A enfermagem, por exemplo, facilita esse processo com técnicas de ensino-aprendizagem projetadas para permitir que os pacientes recuperem o autocuidado, interesse em olhar bem e que os familiares participem desse encontro de bem-estar, determinem necessidades pessoais e ofereçam oportunidades para seu crescimento pessoal.

Os profissionais de saúde devem reconhecer a influência que os ambientes internos e externos têm sobre a saúde e a doença dos indivíduos. Conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o bem-estar mental de um indivíduo e crenças socioculturais. Além das variáveis epidemiológicas, outras variáveis externas como conforto, privacidade, segurança e ambientes limpos e esteticamente agradáveis estão incluídas.

Por fim, sobre a assistência na gratificação das necessidades humanas, os profissionais de saúde reconhecem as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais de si e do paciente, pois este tem que atender às necessidades de menor classificação antes de tentar atender às necessidades de uma faixa mais alta. Assim, a fenomenologia descreve os dados da situação imediata que ajudam as pessoas a entender os fenômenos em questão e a psicologia existencial é uma ciência da existência humana que utiliza análises fenomenológicas.

CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS DE HIPÓCRATES: *PRIMUM NON NOCERE*

Hipócrates nasceu na ilha de Kos, atual Grécia, 460 a.C (na época da XVIII Olimpíada), morreu em Larissa (Tessália) em 377 a.C. De acordo com a tradição, Hipócrates descendia de uma linhagem de médicos-sacerdotes e foi dito estar diretamente relacionado com *Esculapio*, o deus grego da medicina. Filho de Phenarees e Heraclides médico de Kos, amigo de Demócrito e Górgias (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).



Contemporâneo de Sócrates e Platão, este último o cita em várias ocasiões em suas obras. Aparentemente, durante sua juventude, Hipócrates visitou o Egito, onde se familiarizou com as obras médicas que a tradição atribui a *Imhotep*. Hipócrates sendo servidos seus sentidos e sua razão como os únicos instrumentos diagnósticos, desenvolvendo um sistema racional baseado na observação e experiência; ele começou a prática clínica ao lado do leito do paciente (clínica) e repetiu as observações várias vezes até que ele sabia os sinais característicos de cada síndrome. É por isso que Hipócrates tem sido chamado de o pai da medicina (DETIENNE, 2008; GADAMER, 2006).

O pensamento filosófico sobre a doença se origina no pensamento filosófico da ordem natural (*physis*) que é o bem e a desordem (*caos*) que é o mal. A natureza é um trabalho divino e, conseqüentemente, a ordem natural é formalmente boa, da mesma forma que a ordem física (fisiologia) de um indivíduo é boa, ou seja, saúde (DETIENNE, 2008; GADAMER, 2006).

A desordem ou desequilíbrio se manifesta como uma doença, tanto que Hipócrates postulou a doutrina do equilíbrio dos quatro elementos e se estes entraram em desequilíbrio quando a pessoa adoeceu, daí os tratamentos consistiam em repor tal equilíbrio usando sangramento, vômito, lavativo etc.

Os hipocráticos, como os empíricos já haviam feito, chegaram à conclusão de que no coágulo há duas substâncias diferentes, uma mais leve, que é colocada na superfície, outra mais densa (a parte superficial do coágulo, em contato com o ar, adquire a cor vermelha, que assim chamou a atenção dos gregos, enquanto a parte da base retém sua cor natural vermelho-negra). Após alguns minutos, a base contrai e emite um líquido amarelo-claro, que ele chamou de bile amarela ou cólera (ou seja, soro) (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Hipócrates fez outra observação, tomando um recipiente no qual ele derramou o sangue de um sangramento, sem dar tempo para o coágulo se formar, ele acenou com o líquido com um batedor até obter duas substâncias alguns segundos depois. Do sangue veio uma matéria esbranquiçada e pegajosa, um muco, que ele deu o nome de "catarro" (pituita). Removendo a fleuma do resto do sangue, ele esperou o coágulo se formar. Mas foi em vão, o coágulo não apareceu (tinha fibrina separada do sangue).

Hipócrates designou os elementos encontrados no sangue da seguinte forma: 1) ao muco que chamo de fleuma (fibrina); 2) ele chamou a bile amarela



que sai do coágulo de cólera (o soro), 3) ele chamou a base negra de bile preta, ou melancolia, e 4) a parte superficial vermelha do coágulo que ele chamou de hema. Assim, Hipócrates concluiu que são quatro os elementos que constituem todos os corpos do universo, como Empedocles já definiu, e é por isso que existem quatro partes do sangue (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Os seguidores de Hipócrates sabiam perfeitamente bem, portanto, que cada um dos elementos definidos por Empedocles, ar, terra, água e fogo, correspondia a propriedades específicas. Hipócrates finalmente encontrou a correspondência secreta entre as partes do sangue e os elementos da física (DETIENNE, 2008).

Qualquer alteração na composição do sangue motivou a doença; os quatro humores tiveram que coexistir em equilíbrio (eucrasia) sem nenhum dos quatro predominando sobre os outros (discrasia). Este conceito é repetidamente expresso ao longo dos textos hipocráticos, pois tudo é baseado em uma única confluência de todos os humores, em uma única concordância (DETIENNE, 2008).

De acordo com Hipócrates, o corpo humano contém sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, e é isso que constitui sua natureza orgânica, e o que serve de base para a saúde e doença. O homem é, portanto, ainda mais saudável quando esses componentes são encontrados entre si em uma relação de maior ponderação e equilíbrio em termos de mistura, força e quantidade. O ser humano sofre, por outro lado, quando qualquer uma dessas substâncias existe em quantidades excessivamente grandes ou pequenas, ou foi eliminada do corpo, não sendo misturada com o resto.

Além disso, Hipócrates foi um dos primeiros médicos que rejeitou superstições, lendas e crenças populares que apontavam forças sobrenaturais ou divinas como causadores de doenças. Da epilepsia, uma doença sagrada da antiguidade, em seus *Tratados Médicos: Sobre a Doença Sagrada*, ele disse que de forma alguma parecia ser algo mais divino ou mais sagrado do que os outros, mas que tem sua própria natureza, como outras doenças, e daí se origina. Mas sua fundação e causa natural foram consideradas pelos homens como uma coisa divina por causa de sua ignorância e espanto, uma vez que não tem nenhuma semelhança com os outros. Mas se por sua incapacidade de entendê-lo eles preservam esse caráter divino, pela banalidade do método de cura com o



qual o tratam, eles vêm negá-lo, pois eles a tratam por meio de purificações e encantamentos.

Hipócrates de Cos, fundador da Medicina Racional, também foi um precursor da Ética Médica. Ele era contemporâneo de Sócrates, embora não tivesse visitado Atenas e não o conhecesse pessoalmente, seus princípios éticos eram conhecidos em toda a Grécia. O bem é a principal base universal da ética, portanto é o fim supremo do homem. Sócrates sustenta que o bem, idêntico à verdade, se impõe irresistivelmente à vontade e à inteligência, uma vez que é conhecida. Todo homem necessariamente quer seu maior bem ou sua verdadeira felicidade, os atos particulares que ele realiza são, mas significa que são direcionados para esse fim geral. Mas o maior bem do indivíduo é o bem em si. Portanto, basta conhecer o bem para praticá-lo (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Sócrates entrou para a história da filosofia como o primeiro eticista e considera que a sabedoria deve ser ensinada à juventude, porque é um dever patriótico e uma missão divina e foi dedicada à instrução ética da juventude ateniense. Sócrates disse que virtude é ciência e pode ser ensinada. O bem é um dos elementos, juntamente com temperança e justiça, universalmente compreendido.

Para Sócrates, o bem não é nem prazer nem o que este ou aquele homem chama assim, como glória ou riqueza, mas o que todos os homens, sem distinção, honra, o que é conveniente em proclamar bonito e bom e o que de fato é tão universal e sempre, como temperança e justiça (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Sócrates sustenta que o bem ou a virtude é o que se impõe à escolha do homem que toma como guia seu interesse, se o bem é útil, ele segue a partir daí que a ética tem como propósito felicidade; mas, por sua vez, é reduzida à virtude, e encontra nela sua realização imediata. Ele concebe a felicidade como uma alegria suprema que implica a renúncia de alegrias vulgares, é um sentido muito alto, a felicidade não engana as esperanças daqueles que acreditam nela e se tornam dignos de vivenciá-la. Portanto, a virtude deve ser o ideal supremo do homem (gr. virtude = viril, valor) (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Os meios de alcançar a felicidade da vida são as virtudes, que não são nada além das próprias ciências. A virtude por excelência é a prudência ou a ciência geral do bem; as outras virtudes entram na prudência, cada uma não sendo em particular, mas o conhecimento de um único tipo de bem: assim é a



temperança o conhecimento dos verdadeiros bens, que estão em oposição aos falsos, que chamamos de prazeres; força é a apreciação certa de males aparentes, que não devemos temer, como doença e morte, e de verdadeiros males, que devemos evitar, como a injustiça; e, finalmente, a justiça é o conhecimento do que é legal para nós e do que é proibido para nós, seja pelas leis divinas ou pelas leis humanas (DETIENNE, 2008).

Ser bom é o conjunto de bens particulares dirigidos pela razão, a partir do qual resulta a felicidade (eudaimonia). Bom – para Sócrates – é útil. Às vezes, ele identifica o bem com a delicadeza; mal, com o desagradável. A prática da virtude é a mais útil para o homem porque é o meio de alcançar o maior bem, que é a felicidade.

A virtude é a ciência do bem. O homem necessariamente busca seu próprio bem e como o bem é virtude, basta conhecer a virtude para praticá-la necessariamente. Portanto, o homem virtuoso é o sábio. Virtude é felicidade. Se a virtude é o bem supremo, quando você tem, você tem felicidade. Aquele que conhece as boas práticas e quem pratica é feliz. O mal consiste na ignorância. Sócrates disse que ninguém peca voluntariamente. Portanto, o mal é a ignorância (DETIENNE, 2008).

Na visão de Sócrates, virtude é uma só: sabedoria prática que tem nomes diferentes de acordo com os objetos. Chama-se piedade se se refere às relações do homem com os deuses; justiça, se regulamentar as relações entre os homens; força, se refere-se à superação de obstáculos; temperança, se você moderar apetites mais baixos. Então aquele que tem uma virtude tem todos eles.

Hipócrates concorda com os princípios éticos de Sócrates. A ética médica clássica estabelece critérios para a relação entre paciente e médico, "o que é melhor" para o paciente (princípio da beneficência) e o conjunto de virtudes que o bom médico deve atender, o *téchneo ars medica*, habilidades para evitar causar danos (princípio da não maleficência) (DETIENNE, 2008; CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Sobre o *primum non nocere* ou primeiro não prejudique o paciente, trata-se de respeitar a integridade física e psicológica da vida humana. Se você não pode fazer o bem, pelo menos não doer. A origem da frase não é conhecida com certeza; ao contrário da crença generalizada, a locução não é encontrada nas versões do *Juramento hipocrático*, embora seja atribuída ao próprio Hipócrates;



foi descrita como uma paráfrase latina ou um aforismo hipocrático (DETIENNE, 2008; CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Sobre *bonum facere* ou fazendo o bem, entende-se que o médico deve colocar todo o seu conhecimento (arte) e habilidades (techne) e acima de tudo prudência. No Juramento de Hipócrates, o médico se compromete a usar seu conhecimento em benefício dos pacientes. Ele usa expressões como "para o bem dos doentes, desde que o mal e a injustiça sejam afastados" (DETIENNE, 2008; CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Muitas vezes se pensa que a *Ética Médica* começa a partir da época de Hipócrates, com seu famoso Juramento Hipocrático. Na verdade, foi assim, se alguém fala de cultura ocidental. Muitos concordam que o Juramento de Hipócrates não é suficiente para regular a ética da medicina hoje; e que foi ultrapassado pelo crescimento do conhecimento, pela tecnologia médica atual e pelas formas de organização do apoio econômico do ato médico.

Por outro lado, o paternalismo hipocrático, sempre guiado pelo princípio de que o doente não tinha autonomia e era incapaz de tomar decisões (o paciente não só está fisicamente doente, mas também mentalmente), sendo sua única obrigação moral, a obediência (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

O princípio da responsabilidade médica vem da lei, ou seja, da Lei de Obrigações. Todos os atos e compromisso do homem estão vinculados a certas obrigações. O médico também é vinculado por uma obrigação ao seu paciente, por causa da relação Médico-Paciente que surge de um contrato, pois a obrigação é um vínculo legal que coloca uma determinada pessoa (devedora) na necessidade de dar, fazer ou não fazer alguma coisa, com relação a outra, também determinada (credora). Ainda, o contrato é o acordo de testamentos com a intenção de criar, modificar ou extinguir direitos e obrigações (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Portanto, o credor (paciente) é o sujeito ativo da obrigação, aquele que tem o poder de exigir algo de outra pessoa (médico). O devedor é o responsável da obrigação; é aquele que é colocado na necessidade de dar, fazer ou não fazer uma coisa. O médico é constituído como devedor na obrigação de fazer (um serviço médico), é o indivíduo vinculado ao paciente. Então, para o médico a obrigação é uma dívida ou um ônus e ele deve anotar essa obrigação, no devido ao seu patrimônio, e a coisa devida (fazer um serviço médico) da obrigação é o



que o credor ou paciente tem o direito de exigir do devedor ou médico; é o que o devedor deve dar, fazer ou não fazer (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Naturalmente, não há efeito sem causa, já que as obrigações decorrem da disputa real das vontades de duas ou mais pessoas, como em contratos ou convenções; pois é um ato voluntário da pessoa que é obrigada, como na aceitação da realização de um serviço (prestação de serviço médico) e quase-contratos, que decorrem de um fato voluntário, legal, não convencional que impõe obrigações (atendimento a pacientes em emergências); também em decorrência de atos de pessoas: crime (ato premeditado e intencional) e quase crime ou culpa (ato não premeditado), e finalmente por lei (lei da prática médica).

Culpa (negligência, incompetência, imprudência e erro) é a falta de diligência ou cuidado que os homens normalmente empregam em suas obrigações. O crime é um ato ilegal, intencional, premeditado e prejudicial, ou seja, intencional. A culpa deve ser compensada por jurisdição civil e crime por jurisdição criminal.

Fala-se, em primeiro lugar, de incompetência quando faltam a capacidade, habilidade, experiência e conhecimento daqueles que realizam tratamento médico, especialmente quando estes não foram certificados por uma instituição legalmente reconhecida. Consiste, portanto, na incapacidade técnica para o exercício da profissão médica e equivale à *inobservação regles d'art* da doutrina francesa; à *malpractice* dos anglo-saxões e ao *kunstfehler* dos alemães (GADAMER, 2006).

Falamos de negligência quando, apesar do conhecimento do que deve ser feito, não é aplicado e, portanto, ocorre dano. Equivale a descuido ou omissão com um grande número de possibilidades, incluindo todos os registros defeituosos nos prontuários, as atitudes de confiança na evolução esperada que levam o médico assistente a negligenciar a observação contínua (além de "permanente", já que alguns juízes esperam que o médico se prostrasse no leito vizinho, para acompanhar o paciente 24 horas por dia até sua alta) de seu paciente, a entrega de responsabilidades aos funcionários juniores sem treinamento ou competência suficientes (como é o caso de muitos anestesiológicos que confiam a um enfermeiro a recuperação do paciente, ou cirurgiões que desconsideram a operação antes do término do procedimento, ou dentistas que permitem seus atos assistentes que são proibidos a eles, etc.) (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).



A imprudência consiste em uma ação imprudente que é realizada apesar de ter previsto o resultado adverso que causará o dano ao paciente. Isso equivale a realizar um ato médico sem as devidas precauções. É o comportamento oposto ao que a experiência e o bom senso de um especialista em um determinado aspecto da medicina aconselhariam, para o qual os riscos não podem ser tomados (CAIRUS; RIBEIRO, 2005).

Posto isso, entende-se que o médico, como qualquer outro profissional, ou até mais, como qualquer prática em uma ciência ou comércio, é obrigado a observar todos aqueles ou princípios que fazem o exercício ou o desempenho de sua especialidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, percebe-se que humanizar a assistência à saúde consiste precisamente em não reduzir ou identificar o paciente exclusivamente com sua doença, mas em considerá-lo como uma pessoa que tem seus desejos, suas preferências, suas expectativas, sua história, à qual devemos restaurar sua dimensão pessoal e relacional. Um tratamento "humanizado" é um tratamento que trata os doentes como uma pessoa "humana", vale a pena tautologia e pleonasma.

Nesse âmbito social, Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, argumentou que não pode haver nada mais nobre e mais importante do que proteger a saúde ou o cuidado da doença do ser humano, uma vez que esta é a figura central da história e o fim dela. A medicina moderna com toda a sua tecnologia nos mostrou como Hipócrates estava certo com suas reivindicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALANZA N. **El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado** Cienc Enferm.1997; 3(1):59-68.

CAIRUS, H.F. & RIBEIRO JR., W.A. **Textos hipocráticos – o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

COLLIÈRE MF. **Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería**. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1993.



DETIENNE, M. Os gregos e nós – **uma antropologia comparada da Grécia antiga**. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 2008.

FAVERO, L. **Construção de um modelo de cuidado transpessoal em enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar de Lacerda**. 2013. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Centro de Ciências da Saúde, Curitiba, 2013.

GADAMER, H-G. **O caráter oculto da saúde**. Tradução Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

GUTIÉRREZ GONZÁLEZ MP, NÚÑEZ CARRASCO ER, RIVERA CL. **Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario**. Enfermería. 2002; 37(120): 29-33

LEININGER M. **Teoría de los cuidados culturales**. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98

MEDINA JL. **La pedagogía del cuidado**: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29-56.

WATSON J. **Caring science as sacred science**. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.