

Compaixão, saúde e comunidade na esfera pública¹

Compassion, health and community in the public sphere

Lucas Faial Soneghet

Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

O presente artigo discute o discurso da compaixão na literatura contemporânea da saúde, com ênfase em textos sobre o lugar da compaixão nas práticas de saúde e textos sobre a abordagem de saúde pública chamada “comunidades compassivas”. O objetivo é identificar e caracterizar uma política da compassividade e do sofrimento a partir desses discursos. Os textos são selecionados a partir de buscas nas bases Latin American and Caribbean Health Sciences Literature e PubMed e interpretados de acordo com as questões propostas pelo artigo, isto é, a relação entre compaixão, saúde e esfera pública. No primeiro conjunto de textos, destacam-se formas de categorização e mensuração da compaixão na assistência em saúde, e uma terapêutica compassiva. Em confluência com tendências de medicalização e profissionalização, argumenta-se que a compaixão pode ser um novo modo de definição de problemas como do domínio da “saúde” e, portanto, facilita a aparição das especialidades da saúde na esfera pública. Notam-se tentativas de tornar a compaixão um índice mensurável e inteligível do ponto de vista científico, especialmente de acordo com padrões metodológicos das ciências da saúde. Então, desenha-se uma “terapêutica da compaixão” na qual esta parece ser o ingrediente faltante e a possível solução para uma série de problemas sociais além da doença. No segundo conjunto de textos, destaca-se a articulação entre compaixão e comunidade, por meio da qual generaliza-se uma política de compassividade centrada na perda e na morte como experiências universais. Aqui, a terapêutica da compaixão se generaliza e se articula com uma constelação de ideias relativas ao “comunitário” como nível de intervenção em saúde e de organização sociopolítica. Por fim, discute-se as ambiguidades e tensões internas em uma possível política de compaixão e comunidade diante do sofrimento.

Palavras-chave: Compaixão, Saúde, Comunidade, Sofrimento.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código de Financiamento 001.

Recebido em 14 de março de 2024.
Avaliador A: 04 de maio de 2024.
Avaliador B: 27 de maio de 2024.
Aceito em 21 de agosto de 2024.



ABSTRACT

This paper discusses the discourse of compassion in contemporary health literature, with an emphasis on texts on the place of compassion in health practices and texts on the public health approach called “compassionate communities”. The goal is to identify and characterize a politics of compassion and suffering in these discourses. The texts are selected from searches in the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and PubMed databases and interpreted according to the questions proposed by the paper, that is, the relationship between compassion, health and the public sphere. In the first set of texts, I highlight ways of categorizing and measuring compassion in health care, and a particular form of compassionate therapeutics. In confluence with recent medicalization and professionalization trends, it is argued that compassion can be a new way of defining problems as pertaining to the domain of “health” and, therefore, of carving a space for healthcare expertise in the public sphere. Attempts are made to make compassion a measurable and intelligible index from a scientific point of view, especially according to the methodological standards of the health sciences. Thus, “therapeutics of compassion” is drawn up in which compassion seems to be the missing ingredient and the possible solution to a series of social problems other than illness. In the second set of texts, the articulation between compassion and community stands out, through which a policy of compassion centered on loss and death as universal experiences can be propagated. Here, the therapy of compassion is generalized and articulated with a constellation of ideas relating to the “community” as a level of healthcare intervention and socio-political organization. Finally, the ambiguities and issues of a possible politics of compassion and community are discussed.

Keywords: Compassion, Health, Community, Suffering.

INTRODUÇÃO

A compaixão está em voga. Nas palavras de políticos, na caneta dos experts, nas políticas públicas e no cotidiano, o apelo para compadecer-se do outro é lugar comum em situações de guerra, crises humanitárias e outros eventos caracterizados como “trágicos”. Do outro lado, como referência incontornável para o coração compassivo, está o sofrimento. Se há algo que possa ser dito sobre a compaixão é que ela implica uma “relação social entre espectadores e sofredores, com ênfase na experiência do sentimento de compaixão do espectador e sua subsequente relação com a prática material” (Berlant, 2004, p. 1). Isso, contudo, é o mínimo que pode ser dito. Neste artigo, abordo a compaixão pela lente da literatura contemporânea de saúde, buscando identificar características de uma *política da compassividade e do sofrimento*.

Foco-me em artigos de disciplinas de saúde distintas (enfermagem, psicologia, bioética e medicina) que abordem diretamente o tema da compaixão e de iniciativas contemporâneas no cuidado de fim de vida que tornaram a compaixão central em seus discursos.

A escolha do tópico e do material empírico se justifica por três motivos. Primeiro, trabalhos sobre um conjunto de estudos antropológicos já vêm abordando o tema da compaixão. Ticktin (2011) e Bornstein (2012), a partir de etnografias na França e na Índia respectivamente, exploram as complexas relações entre emoções e esfera pública, com ênfase nas implicações políticas do uso público de discursos de compaixão. Fassin (2011), por sua vez, também parte da França, mas empreende uma leitura genealógica da “razão humanitária”, na qual sentimentos morais tem lugar central. Nessa área, há muito a ser dito sobre o cruzamento entre emoção, esfera pública e saúde, como exemplificado pelos trabalhos de Kuah-Pearce e Guiheux (2014) e Redfield (2013). O primeiro discute a epidemia da AIDS e éticas de compaixão na China, oferecendo uma crítica generosa e nuançada das potências e armadilhas de uma política compassiva. O segundo foca a atuação da organização Médecins Sans Frontières em uma perspectiva histórica, considerando também os dilemas éticos e experiências afetivas vividas pelos agentes dessa organização no dia-a-dia. Portanto, a escolha da “compaixão”, e não de outras emoções/categorias, se dá, em parte, pela existência de uma literatura que a aborda direta ou indiretamente e, em parte, pela sua presença em um modelo específico de atenção no fim da vida (abordada posteriormente), que se inclui em meus interesses de pesquisa² e, portanto, capturou minha atenção. Segundo, e como já indicado na diversidade dos trabalhos mencionados, esse é um tema de alcance global. Isso não significa que suas manifestações concretas sejam iguais, mas a existência de uma agenda de pesquisa e de trabalhos em contextos distintos indica que estamos diante de um fenômeno amplo, cuja exploração etnográfica é promissora.

Para esse fim, porém, uma análise do aspecto discursivo, especificamente do que é veiculado no âmbito das “expertises”, se mostra instrumental. Afinal, é a própria pretensão de universalidade de tais discursos que se coloca em tensão com etnografias sensíveis à tessitura moral do cotidiano. Os argumentos deste artigo, portanto, não se configuram como modelo para aplicação em contextos etnográficos, mas como potencial recurso para trabalhos com outros referenciais empíricos. Terceiro, uma análise crítica de discursos expert sobre a compaixão em saúde permite lançar luz sobre um aspecto instigante da teoria antropológica contemporânea, a saber, a relação complexa entre expertises biomédicas, intervenções de saúde pública, políticas globais e internacionais, e as diversas formas de assistência, cuidado e ajuda. Tais temas são abordados, por exemplo, nas etnografias de João Biehl (2011), Veena Das (2015) e Vinh-Kim Nguyen (2010). Como entender as diversas instanciações, práticas e relações formadas entre diversas formas de saber e fazer em contextos de saúde e doença, sem uma análise minuciosa dos discursos (muitas vezes com pretensão de eficácia e universalidade) produzidos pelos

² Venho trabalhado nos últimos anos acerca de modos de cuidado, morte e morrer (Soneghet, 2020, 2022).

sujeitos que ocupam posições decisivas nesses contextos? Dito isso, o presente texto não traz referentes etnográficos, mas não está afastado de etnografias e contextos empíricos que têm ocupado a antropologia contemporânea voltada para tópicos como saúde e doença, biomedicina e humanitarismo.

A compaixão costuma estar associada a outros sentimentos morais como empatia e simpatia, a certos tipos de atitude e ação, como cuidado e ajuda, e a características pessoais como benevolência e bondade. Nessa constelação simbólica, a compaixão é uma emoção com implicações na vida ética do indivíduo e de uma sociedade, uma vez que presume um tipo específico de relação entre o eu e o outro, bem como uma textura moral para essa relação. Em torno das vicissitudes políticas, culturais e socioeconômicas da compaixão, construiu-se um rico debate filosófico e antropológico (Nussbaum, 1996; Spelman, 2001; Sontag, 2004; Berlant, 2004; Fassin, 2005), cujas questões incluem: os fundamentos ontológicos dessa emoção, as dinâmicas e assimetrias de poder nela espelhadas, os meios de expressão e visibilização do sofrimento e subsequentes reações, e as formas de sujeição e subjetivação cultivadas nos laços entre sofredores e compassivos. Logo, a compaixão tem dimensões afetivas, práticas, políticas e materiais que podem ser distinguidas analiticamente.

Lutz e Abu-Lughod (1990) propõem uma abordagem das emoções focada primariamente no plano discursivo, contemplando principalmente aspectos normativos e políticos. Para o “estudo cultural das emoções”, as autoras indicam uma análise do discurso emocional enquanto “forma de ação social que cria efeitos no mundo, efeitos que são lidos de uma forma culturalmente informada pelo público” (Lutz; Abu-Lughod, 1990, p. 12). Localizando as emoções no plano discursivo e público, abre-se espaço para o papel ativo das emoções na “negociação da realidade social”, que não prescinde de disputas de poder permeadas de retóricas emocionais (Lutz; White, 1986, p. 420). Sendo assim, ao olhar para os discursos de compaixão na saúde, busco entender como estes carregam certas ideias da realidade social que possuem peso normativo. Em outras palavras, trata-se de buscar indícios de uma política da compassividade e do sofrimento que passa pela chave da saúde-doença e pelos crivos das expertises de saúde, não somente a medicina.

Nas seções seguintes, abordarei o lugar da compaixão na esfera pública tomando debates na área da saúde como objeto de análise. Na segunda seção, abordo a literatura de saúde no sentido amplo através de dois temas: a mensuração e aprendizado da compaixão, e a terapêutica da compaixão. Na terceira seção, discorro sobre a abordagem de saúde pública denominada “comunidades compassivas”. Cunhada por um sociólogo australiano, esta se apoia nas ideias de compaixão e comunidade como fundamentos da vida social. Por fim, concluo apontando implicações das noções de compaixão, sofrimento e comunidade exploradas ao longo do texto para uma política de compassividade e sofrimento contemporâneo.

COMPAIXÃO E SAÚDE: CATEGORIZAR, MEDIR, TRATAR

Os artigos considerados nessa análise foram agrupados a partir do cruzamento de duas buscas realizadas na base Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) e PubMed, com os seguintes critérios de seleção: artigos que façam uma discussão explícita do conceito de “compaixão”, debatendo pelo menos duas definições e fazendo referência a outros textos em saúde e fora da área que tratem do tema; artigos que discutam a relação entre compaixão e prática profissional, com temas como o “impacto” da compaixão na qualidade da assistência em saúde, os “efeitos” da compaixão nos profissionais de saúde (fadiga por compaixão) e a criação de modelos de mensuração da compaixão em contextos de saúde; artigos que discutam explicitamente a dimensão “social”, “comunitária” ou “organizacional” da compaixão ou da assistência em saúde. A escolha das bases justifica-se pois são duas grandes agregadoras de trabalhos acadêmicos³ em saúde, sendo escolhidas por muitos na área para revisões sistemáticas, de escopo e balanços de literatura. A busca foi realizada com o termo “Compaixão” no campo “descriptor de assunto” (palavra-chave do artigo), obtendo 24.788 resultados na base LILACS e 1.039 na PubMed. Filtrei os resultados por data (últimos cinco anos), relevância, tipo (revisão sistemática) e assunto principal (empatia). Alguns artigos para além do escopo dos cinco anos também foram incluídos posteriormente, pois apareceram como referências nos demais textos. Na base LILACS, o termo “compaixão” é listado como sinônimo de “empatia”, descriptor oficial de bases de dados em saúde. O termo empatia é assim definido:

A compreensão profunda e objetiva dos sentimentos e do comportamento de outra pessoa. Deve ser diferenciada de simpatia, que é geralmente não objetiva e acrítica. Inclui o ato de se importar com o outro, que é uma demonstração de uma consciência e de preocupação com o bem-estar do outro (Biblioteca Virtual em Saúde, *s. d.*).

Consequentemente, eliminei os artigos que diferenciam compaixão de empatia e focam só o segundo conceito. Também excluí artigos que consideram os dois termos sinônimos, mas não usam explicitamente o termo “compaixão” ou o usam de maneira não sistemática. Esses critérios adicionais se devem ao fato de que há uma enorme literatura especializada em empatia, principalmente na psicologia, psicanálise e psiquiatria. Considerar esse debate desvirtuaria a questão inicial do artigo e foco na compaixão como emoção na esfera pública. Optei por revisões sistemáticas para encontrar artigos que sintetizassem os debates sobre compaixão na literatura existente. Aplicando tais critérios, compilei uma lista de 17 artigos (Anexo I).

³ A base LILACS contém trabalhos de pesquisadores latino-americanos desde 1982. A PubMed, por sua vez, contém mais de 37 milhões de referências e resumos de literatura biomédica, operando uma busca cruzada com outras bases como a Medline. Informações em: National Library of Medicine (2023); Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (*s. d.*).

No universo considerado, nota-se a homogeneidade das definições de compaixão e a unanimidade acerca de seu impacto positivo no cuidado em saúde. A despeito de pequenas variações nos termos – como “compaixão organizacional” (Pestian *et al.*, 2023) e “fluxo de compaixão” (Kirby; Day; Sagar, 2019) –, a compaixão é usualmente definida como próxima, porém distinta da empatia e contém os seguintes componentes: perceber o sofrimento de outra pessoa; experimentar um estado emocional negativo diante do sofrimento percebido, geralmente, assumindo a perspectiva do outro pela imaginação; agir para aliviar o sofrimento percebido. Todos os artigos, exceto dois (Kirby; Day; Sagar, 2019; Pfeiffer; Lisboa, 2021), mencionam empatia como sinônimo ou próxima o suficiente da compaixão. Em termos de nacionalidade, os artigos se dividem da seguinte forma: Brasil (5), Inglaterra (5), Canadá (2), Austrália (2), Estados Unidos (2), China (1) e Turquia (1). Quanto à especialidade predominante entre os autores ou o ponto de vista disciplinar explicitado no artigo: Medicina (4), Enfermagem (8), Psicologia (6). Destaco a seguir dois modos que a compaixão aparece na literatura: como um aspecto mensurável e cultivável, e como uma terapêutica.

Medindo e aprendendo a compaixão

Como observamos a compaixão? E como podemos cultivá-la? Martha Nussbaum argumenta que esse sentimento vai além de uma simples oposição entre pensar e sentir. Em seu ensaio “Compassion: the basic social emotion” (1996), argumenta que a compaixão é uma emoção pró-social e, com a correção de teorias morais modernas que a tratam como “força irracional”, poderíamos restaurar seu lugar positivo na vida política (Nussbaum, 1996, p. 28). É aí, na esfera pública, que a compaixão é reabilitada como uma forma de pensamento/emoção em última instância condutiva à justiça. No caminho, a pessoa compassiva não toma o lugar do outro, mas se posiciona como “espectador reflexivo” que, ao ver o sofredor, reconhece que ela mesma poderia estar no seu lugar a depender das circunstâncias. A espectadora reconhece não somente a especificidade do sofredor, mas “a estrutura da alocação de recursos e bens na sociedade” (Nussbaum, 1996, p. 36). No fim da estrada, nada mais nada menos do que o sonho da “igualdade democrática” em uma “nação compassiva” onde a vida dos que “[têm] fome, são oprimidos e sentem dor” será “um pouco menos trágica” (Nussbaum, 1996, p. 58, acréscimo nosso).

Para os experts da saúde, uma saída retórica como a de Nussbaum não é suficiente. É preciso criar uma forma suficientemente objetiva de definir, mensurar e aplicar a compaixão nos encontros concretos com pacientes. No primeiro passo, a definição, o mais comum é um breve balanço de definições correntes seguido do conceito previamente mencionado: percepção do sofrimento, sentimento negativo diante do sofrimento percebido, tomada de perspectiva do outro e ação aliviadora. Algumas variações incluem a “tolerância aos sentimentos desconfortáveis” causados pelo sofrimento alheio (Vieten *et al.*, 2024, p. 3) e a definição da compaixão como “expressão de linguagem emocionalmente simbólica” (D’Amico, 2018, p. 9). Não obstante,

as definições assumem um aspecto emocional, cognitivo e comportamental para a compaixão.

No segundo passo, a mensuração, encontra-se um campo de debates, geralmente, nas disciplinas “psi”, em crescimento que já possui alto grau de complexidade. Dois artigos em especial dedicam-se exclusivamente à discussão de medidas de compaixão (D’Amico, 2018; Vieten *et al.*, 2024). Embora difiram em suas questões e discussões das escalas de mensuração, os dois compartilham objetivos semelhantes relacionados ao avanço de intervenções compassivas na saúde e ao cultivo da compaixão na sociedade em geral (D’Amico, 2018, p. 8; Vieten *et al.*, 2024, p. 17). Também concordam sobre a urgência de estudos científicos empíricos mais rigorosos. D’Amico (2018) propõe, para esse fim, uma metodologia, baseada em evidências customizáveis, denominada “cooperação compassiva”, que teria grande potencial como ferramenta para “mitigar ameaças a relações empáticas e compassivas e comunidades de cuidado” (2018, p. 8). Semelhantemente, Vieten e autores (2024) desenvolvem uma ferramenta interativa de visualização de dados cujo intuito é auxiliar pesquisadores e avaliadores de serviços de saúde na busca pelos melhores instrumentos para avaliar a compaixão em seus contextos específicos.

A busca por instrumentos *objetivos* e *precisos* condiz com o *ethos* da racionalidade médica descrito por Camargo Jr. (2005). Foi na aproximação com as outras ciências modernas e no encontro da anatomia com a clínica que a medicina buscou sua objetividade. A racionalidade médica se alicerçou em uma “cosmologia mecanicista”, de caráter generalizante e analítico, que embora pressuponha em tese um olhar para a totalidade do sujeito humano, termina por privilegiar o aspecto biológico (Camargo Jr., 2005, p. 185-186). A compaixão é ela mesma definida à moda da racionalidade médica, como se vê na crítica destes autores às limitações das intervenções compassivas em contextos de assistência em saúde:

[...] focar em um só domínio da compaixão; definir a compaixão inadequadamente; avaliar os construtos exclusivamente por relato pessoal; e não avaliar a retenção, sustentabilidade, e tradução da prática clínica ao longo do tempo: todos relacionados a como compaixão e empatia são conceitualizados e medidos (Vieten *et al.*, 2024, p. 3).

Chegamos então ao terceiro passo: como aplicar ou ativar a compaixão em contextos concretos? Nesse ponto, a literatura parece se bifurcar. De um lado, vozes que exigem a construção de organizações mais compassivas, isto é, uma mudança nas estruturas administrativas, em “lideranças” e na criação de “culturas que são compassivas” (Pestian *et al.*, 2023, p. 293). A referência a “culturas” aqui não diz respeito a práticas, crenças e significados amplamente compartilhados em uma sociedade, mas à organização interna dos serviços de saúde. Outros ainda reconhecem aspectos estruturais que “bloqueiam” a compaixão na saúde e na sociedade ao largo (Crawford *et al.*, 2014; Jeffrey, 2016; Kolchraiber *et al.*, 2022). De outro lado, abundam recomendações para “treinamentos”, “programas de formação” e novas formas de “capacitação” e “currículos” para profissionais de saúde (Jeffrey, 2016; Smith *et al.*, 2020; Cotta Filho *et al.*, 2020; Rodrigues *et al.*, 2021) e até mesmo para populações “vulneráveis”, a fim de promover

o “autocuidado consciente” e o “letramento emocional” (Kolchraiber *et al.*, 2022). Há uma crescente subárea de pesquisa focada em “treinamento em compaixão para profissionais de saúde” que inclui “práticas reflexivas baseadas nas Humanidades”, “programas de liderança” e “educação curricular” entre outras estratégias (Sinclair *et al.*, 2021, p. 1062-1064). Em uma revisão sistemática sobre o tema, Sinclair e autores indicam o problema e o objetivo:

Tradicionalmente, o treinamento de provedores de assistência em saúde subvalorizou a necessidade de desenvolver aspectos humanos da medicina e do cuidado, como compaixão, empatia, respeito e habilidades interpessoais. [...] Mais recentemente, devido aos resultados e recomendações de revisões e surveys em sistemas de saúde, espera-se que a educação do provedor de assistência cada vez mais inclua aspectos de compaixão no currículo (p. 1057).

Do reconhecimento de barreiras estruturais para o cuidado compassivo, saltam para soluções que pouco ou nada tem a ver com essas barreiras, especialmente focadas na capacitação e educação de profissionais. O que há no espaço entre as estruturas e os indivíduos?

Dentre as críticas mais comuns ao uso político da compaixão, estão seu caráter individualizante e sua conexão frágil com ações políticas de cunho estrutural. Na leitura de Luc Boltanski (1999), a capacidade de testemunhar o sofrimento a distância como um “observador desapegado” cria um sentimento de impotência e inadequação moral. Em vez de inspirar ação política reparadora, a compaixão se desconfigura em uma passividade contente consigo mesma. Mesmo quando não é tomada por desprezo, a espectadora permanece agudamente consciente da diferença e assimetria entre ela e o sofredor (Spelman, 2001, p. 120), que pode, em última instância, eliminar a possibilidade da formação de uma comunidade política de iguais que englobe os dois. Para quem sofre, a associação da sua condição a outras condições de sofrimento, identificando causas comuns, por exemplo, pode parecer um jeito de descaracterizar e diminuir sua experiência (Sontag, 2004, p. 112). Ecoando Hannah Arendt, Lilie Chouliaraki (2013, p. 79) afirma que ao colocar a “preocupação urgente em fazer algo pelos que sofrem” em primeiro plano, a política da compaixão ignora relações históricas de poder e o longo processo de estabelecer “estruturas de justiça”.

Isso não quer dizer que não haja organizações e ações políticas baseadas em uma política de compaixão que se direcionem para os aspectos coletivos, históricos e estruturais do sofrimento (Wilkinson, 2014). Na pena dos experts da saúde, contudo, parece se sobressair a preocupação com soluções individuais para problemas coletivos. Tal preocupação é ecoada por alguns na própria área da saúde que demandam abordagens para além do “simplesmente culpar profissionais individuais por sua falta de compaixão” (Crawford *et al.*, 2014, p. 3591). Entre culpar indivíduos e reformar sistemas e organizações de saúde, a ênfase em programas de formação e capacitação parece ser o caminho do meio. Embora diga respeito às políticas públicas e legislações que regem a educação em saúde, a demanda por novos currículos e treinamentos expressa uma solução pela subjetivação.

Acredito que essa ênfase pode ser explicada pelo tipo particular de política de compaixão do século XXI, caracterizada pelos seguintes fatores, dentre outros: tecnologias de informação e comunicação que permitem a captura e distribuição de imagens que transformaram nossas capacidades de autocompreensão e compreensão do outro (Wilkinson, 2014, p. 130); uma nova cultura das emoções caracterizada pela expressividade individual, o valor do “sentimento verdadeiro”, isto é, a intensidade afetiva experimentada pelo sujeito diante de uma dada situação e a performance da compaixão na esfera pública (Berlant, 2004, p. 7); transformações no papel do Estado e do mercado em relação aos “problemas sociais”, em particular, as mudanças no arranjo de bem-estar social do século XX e a consolidação de políticas neoliberais de mercado, com novas formas de filantropia e “ação social”.

Em conjunto, os três fatores colaboram para alterar o balanço de responsabilidades nas relações de cuidado. Se não há o que fazer pelos sistemas de saúde públicos a nível do Estado de bem-estar social, pode haver algo a ser feito no nível das profissões de saúde. Com o deslocamento das categorias biomédicas para noções de “risco” e “bem-estar” que individualizam processos de saúde-doença (Lock; Nguyen, 2010, p. 28), pacientes passam a exigir novas atitudes dos profissionais que os atendem. Nesse cenário, a opção preferida (ou mais plausível) parece ser *construir sujeitos compassivo*.

O ponto aqui não é acusar profissionais de saúde de um déficit socioantropológico – como alguns representantes da própria literatura o fazem (Crawford *et al.*, 2014; Papadopoulos *et al.*, 2016) –, nem os culpar pelo louvável esforço de se qualificarem e se adaptarem aos tempos. Do contrário, há algo a dizer a favor do impacto positivo dessas iniciativas tanto na ação compassiva quanto na saúde dos trabalhadores do cuidado, mesmo que em escopo limitado: “Nesse viés, para prevenção e o tratamento da fadiga por compaixão, as intervenções e os programas de treinamento voltados para fatores psicológicos são considerados alternativas eficazes” (Rodrigues *et al.*, 2021, p. 8). Uma educação mais sensível a diferenças, desigualdades e nuances que influem no sofrimento humano pode ser muito benéfica no âmbito intersubjetivo. Não se deve exigir uma acurada imaginação sociológica de todos os profissionais de saúde, afinal de contas, assim repetiríamos o mote das soluções individualizantes para problemas coletivos. Resta aos outros especialistas (das ciências sociais, dentre outras disciplinas mais afinadas a tais problemas) elaborar sobre a conexão entre a atuação de profissionais, mal ou bem qualificados, e os vários fatores – tempo escasso, metas exigentes e pouco pertinentes ao trabalho concreto de cuidado, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração – que conformam seus encontros diários com o sofrimento.

Em suma, na mensuração e no aprendizado da compaixão, parecem imperar duas estratégias: o desenvolvimento de ferramentas e metodologias empiricamente baseadas, em consonância com o *éthos* da objetividade científica biomédica e a construção de sujeitos compassivos pela educação, formação e capacitação contínuas dos profissionais de saúde. As duas soluções pareçam típicas da racionalidade médica, especialmente em seus aspectos

diagnósticos e disciplinares. Resta, portanto, a sua verve terapêutica (Camargo Jr., 2005, p. 197).

Terapêutica da compaixão

Crises nos sistemas de saúde (Crawford *et al.*, 2014; D'Amico, 2018; Pestian *et al.*, 2023), crises de saúde mental (Kirby; Day; Sagar, 2019), desafios do uso da tecnologia digital no cuidado (Kemp *et al.*, 2020), deterioração da saúde dos trabalhadores (Pestian *et al.*, 2023; Garzin *et al.*, 2024) ou todos os problemas da sociedade de uma vez só (Vieten *et al.*, 2024): para cada um desses problemas, a compaixão pode ser remédio. Sempre com ressalvas, mas com igual entusiasmo, experts da psicologia, medicina e enfermagem elogiam a compaixão e sentimentos morais análogos. Mesmo quando o assunto são os eventuais riscos da compassividade demasiada, a compaixão é potencialmente reabilitadora. Em artigo sobre burnout e fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem, Garzin e autores contrastam a fadiga por compaixão, ocasionada “pela gravidade das situações clínicas e trauma”, além da “carga de trabalho excessiva” com a “satisfação por compaixão” relacionada ao “altruísmo, sentimento de bem estar decorrente de prazer obtido por meio das atividades profissionais realizadas” (2024, p. 263). Para contrapor-se à fadiga, recomendações como “autocuidado, assistência espiritual, treinamento *mindfulness* e exercícios de enfrentamento focados em resiliência e empatia” contribuem na construção da satisfação por compaixão (Garzin *et al.*, 2024, p. 269-270).

Além dos tópicos mencionados, há uma gama de falhas identificadas na assistência em saúde especificamente: excesso de trabalho (Jeffrey, 2016, p. 446), falta de identificação do desgaste dos trabalhadores (Rodrigues *et al.*, 2021, p. 9), crise sanitária do COVID-19 (Pfeiffer; Lisboa, 2021), desafios da relação profissional-paciente em contextos multiculturais (Papadopoulos *et al.*, 2016) e comoditização e privatização da saúde (Crawford *et al.*, 2014, p. 3591). Estas impediriam a realização de objetivos que incluem: a “redução de psicopatologias” (Kariyawasam *et al.*, 2022, p. 149), o alívio da ansiedade e melhora na gestão de doenças crônicas (Papadopoulos *et al.*, 2016, p. 2), a “comunicação mais efetiva” (Cotta Filho *et al.*, 2020, p. 2), a melhora de serviços de saúde a nível sistêmico em contextos nacionais (Jeffrey, 2016, p. 446) e até a construção de uma “vida com dignidade” (Kolchraiber *et al.*, 2022, p. 2). Sendo assim, há um conjunto de fatores que funcionam como “bloqueios” para o desenvolvimento da compaixão e que, ao mesmo tempo, são vistos como potencialmente resultantes da falta de compaixão. A doença é causada pela falta do remédio. Ao mesmo tempo, falhas na assistência em saúde são associadas a problemas mais amplos que, ostensivamente, afetariam toda a sociedade.

A ideia de que problemas da mais variada classificação (de saúde, sociais, políticos, psicológicos, culturais) podem ser potencialmente aliviados, senão resolvidos, pela correta atitude emocional diante do sofrimento, aqui chamada de *terapêutica da compaixão*, torna-se possível no encontro de dois processos sociais: a profissionalização em torno de problemas corporais, isto é, o cruzamento da medicalização com a “cultura de experts” (Giddens, 2002,

p. 34-35) no domínio do saber e da intervenção nos corpos; a reemergência da compaixão em uma política do sentimento ao final do século XX.

O conceito de medicalização, emergente nas décadas de 1960 e 1970, abarcou por muitos anos a grande variedade de fenômenos nos quais alguma condição, grupo de pessoas ou comportamento vinha a ser incluso no guarda-chuva da biomedicina. As raízes desse processo, que remonta aos séculos XVII e XVIII, estariam na constituição de modos de controle dos corpos nos grandes centros urbanos (Foucault, 2014, p. 297), no estabelecimento de arranjos compulsórios de taxação e assistência a nível nacional (De Swaan, 1988) e na implementação de práticas de categorização, experimentação e controle nas colônias europeias (Lock; Nguyen, 2010, cap. 6).

Em sua versão mais simples, a tese da medicalização pinta um retrato de um grupo de especialistas dotado de autoridade quase sacra, com poderes pervasivos e perniciosos, progressivamente em busca de novas áreas não conquistadas da vida para subjugar e reenquadrar em termos de suas categorias e tecnologias. Instituições e especialistas em saúde se tornam alvo de críticas por, dentre outros motivos, abusar de sua autoridade, reduzir o indivíduo ao seu aspecto biológico ou à sua patologia, medicalizar problemas que não seriam de competência médica e, em um sentido geral, incorporar os traços mais indesejáveis da modernidade ocidental em sua feição burocrática, insensível e fria.

Em um clima de “desilusão com a medicina científica” (Williams; Calnan, 1996, p. 1613), os sujeitos da “alta modernidade”, especialmente na Europa e nos Estados Unidos, viviam o resultado de anos de avanço científico e acesso amplo a serviços de saúde: vidas mais longas, inúmeras opções de assistência, manutenção e tratamento dos corpos, e o privilégio de refletir e criticar os limites da medicina. Surgem então movimentos de direitos dos pacientes, pelos direitos reprodutivos das mulheres e por uma transformação no cuidado de pessoas em estado terminal (o movimento *hospice*) que se opuseram aos abusos e exageros da medicina moderna. No “terceiro mundo”, especialistas em saúde (muitas vezes falando a partir de países mais ricos) procuravam novas alternativas de saúde pública, com iniciativas inovadoras em diversas partes do Brasil e da América Latina.⁴ Para os indivíduos sentados nos consultórios da Europa e dos Estados Unidos, o problema era requalificar a intervenção já ubíqua dos experts da saúde em suas vidas, não expulsando-os totalmente, mas reivindicando uma medicina mais “humana” e “sensível” às singularidades de cada indivíduo, onde paciente e médico seriam parceiros na busca pelo bem-estar. Para grande parte das pessoas na América Latina, por exemplo, o problema era equilibrar as fragilidades de um Estado-nação acossado por políticas neoliberais de ajuste fiscal, um sistema de saúde incipiente e as diretrizes de saúde pública global então em voga.

⁴ Paiva e Pires-Alves (2021) oferecem uma história da atenção primária e, por extensão, da saúde pública moderna com ênfase em iniciativas inovadoras fora dos grandes centros.

Diante das críticas à sua “frieza” e “reduccionismo”, bem como aos gastos “demasiados” do Estado, emerge uma medicina mais atenta à individualidade e à biografia, centrada na família e na comunidade (Bonet, 2015), e reflexiva quanto a seu lugar na sociedade contemporânea. Essa versão do saber médico coexiste com a imagem já estabelecida dos abusos de autoridade, negligência, violências e violações extensamente documentadas e estudadas.⁵ De um lado e de outro, parece que as expertises da saúde estendem seu alcance. Antes demasiado focadas em categorias genéricas de doença, agora elas podem tocar o reduto da intimidade, nos processos mais singulares que compõem o sujeito. Esse é o fenômeno da emergência dos saberes “psi” investigado por Nikolas Rose (2006), que coloca a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise na linha de frente de novos modos de governo dos sujeitos. Antes apoiadas em uma divisão mais estrita entre os domínios da família e do hospital, agora reivindicam os laços sociais primários tanto pela via molecular na genética, quanto pelas intervenções de saúde pública de tipo “comunitário” e “domiciliar”. Antes ignorantes ou beligerantes em relação ao processo de morrer, particularmente a medicina, agora proliferam-se em torno do leito de morte (Menezes, 2004; Soneghet, 2020). Se há sofrimento, ele pode ser reenquadrado como, em algum nível, resultante de um problema de saúde. E para um problema de saúde, há saberes e intervenções adequadas.

A compaixão parece ser a solução para a crítica das ciências sociais às práticas médicas: “Dada a multitude de problemas que a sociedade enfrenta (guerra e violência, injustiças e desigualdade sociais, crises de saúde mental), aprender como cultivar a compaixão e a empatia para consigo e para com o outro parece ser um dos tópicos mais urgentes para a ciência” (Vieten *et al.*, 2024, p. 17). Um exemplo notável é o modelo para desenvolvimento de “profissionais de saúde culturalmente competentes e compassivos” de Irene Papadopoulos. Respondendo ao desenvolvimento do debate sobre compaixão no cuidado em saúde, Papadopoulos integrou seu modelo prévio de “competência cultural”, cujo objetivo é a “educação intercultural” de profissionais de saúde, com o conceito de compaixão, resultando na seguinte definição do cuidado culturalmente compassivo:

Uma qualidade humana de entender do sofrimento dos outros e desejar fazer algo sobre isso, usando intervenções de enfermagem culturalmente apropriadas e aceitáveis. Isso leva em consideração os backgrounds culturais tanto de pacientes quanto de cuidadores, bem como o contexto no qual o cuidado é realizado (Papadopoulos *et al.*, 2016, p. 2).

⁵ Veena Das (2015) reflete sobre o enorme contraste entre políticas globais de saúde e a realidade das relações dos pobres com instituições de saúde. A distância entre os centros de produção do discurso global de saúde e a realidade da maioria da população mundial é sentida no cotidiano daqueles que, sem nunca ter experimentado atendimento médico de qualidade, testemunham cortes em políticas públicas de saúde em nome de iniciativas de “desinstitucionalização”, enquanto são responsabilizados pelos seus problemas por categorias ambíguas como “estilo de vida” e “fatores de risco”.

O modelo de Papadopoulos é digno de atenção devido à ênfase em aspectos “culturais”, frouxamente definidos como “valores, culturas e crenças” (2016, p. 2). A compaixão não somente promove uma assistência especializada de qualidade, mas também “promove conexão social e é um importante preditor de qualidade de vida no geral e bem-estar” (Vieten *et al.*, 2024, p. 2). Se outrora a medicina foi criticada por elidir aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos, agora ela pode ser reabilitada, com auxílio da compaixão. Vale ressaltar que o potencial da compaixão não é afirmado com entusiasmo inequívoco a todo tempo. É no encontro entre a tendência à medicalização – a inclusão progressiva de comportamentos, situações e aspectos da vida em categorias diagnósticas – e a afirmação dos benefícios de um “cuidado compassivo” que se forma a *terapêutica da compaixão*. Se a compaixão tem “grande potencial para curar nossas mentes e nossos corpos” (Gilbert, 2005, p. 1) e se é sabido que “as contradições e vulnerabilidades sociais [...] estão na base dos problemas de saúde” (Kolchraiber *et al.*, 2022, p. 2), então a compaixão pode potencialmente curar a sociedade, um corpo sofredor de cada vez.

COMPAIXÃO E COMUNIDADE: MORTE, PERDA, RESPONSABILIDADE DE TODOS

O sociólogo australiano Allan Kellehear delineou, ao longo da primeira década dos anos 2000, uma abordagem denominada “Comunidades Compassivas”. Kellehear bebeu de duas fontes: a primeira é a filosofia *hospice* e os cuidados paliativos, um tipo de assistência em saúde para pessoas com doenças crônico-degenerativas e ameaçadoras da vida, que preza pelo não prolongamento artificial da vida, o controle da dor e de sintomas, a manutenção da qualidade de vida, o cuidado e a morte em casa, e a assistência multiprofissional; a segunda é a iniciativa Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde.

Surgido na década de 1960 na Inglaterra, os cuidados paliativos se opuseram ao modo como a medicina moderna lidava com a morte. As imagens do leito de morte hospitalar – rodeado de máquinas e profundamente medicalizado – e do moribundo – solitário, passivo e muitas vezes ignorante de seu estado – assombrava as imaginações, e como antídoto seria necessário um cuidado holístico que tocasse nas dimensões física, psicológica, social e espiritual do indivíduo. O adversário, além dos hospitais e da medicina, seria uma cultura de negação da morte. Cicely Saunders, pioneira e grande ativista dos cuidados paliativos, cunhou o conceito de “dor total” para se referir ao sofrimento experimentado por pessoas em processo de morrer. Além dos sintomas físicos, a dor emanaria de todas as partes do corpo, da mente e do espírito daquele cuja vida está perto do fim. O ideal não seria mais remédios, mais cirurgias e mais tecnologias, mas um cuidado focado na manutenção da “qualidade de vida”, no alívio dos

sintomas e na construção de uma “boa morte” (Menezes, 2004; Soneghet, 2020). O problema, segundo Kellehear, é que os cuidados paliativos se medicalizaram e que sua generalização não é plausível, exceto se houver mudança significativa em sua implementação.

A abordagem de saúde pública global denominada “Cidades Saudáveis” foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde a partir da Cartilha de Ottawa para Promoção da Saúde de 1986. As Cidades Saudáveis da OMS são projetos intersetoriais baseados na ideia que a saúde depende de “fundações sociais fortes e sustentáveis”, as quais incluem diversos setores e localidades como escolas, universidades, lugares recreativos, hospitais, igrejas e organizações voluntárias (Kellehear, 2005, p. 37). O problema com as Cidades Saudáveis, segundo o sociólogo australiano, é que elas não reconhecem a centralidade da perda e da morte como experiências universais indissociáveis da experiência de saúde.

Assim, Kellehear (2013) reivindica que o fim da vida, a morte e a perda devem ser “responsabilidade de todos”. Além de hospitais e famílias, “locais de trabalho, igrejas, serviços humanos e escolas” devem se unir no reconhecimento de que a perda e a morte são “experiências universais que todos compartilhamos e que provisões para essas experiências devem ser integradas em políticas e práticas em todos esses locais” (Kellehear, 2004, p. 319). A abordagem compassiva de Kellehear vem se propagando pelo mundo (Dumont *et al.*, 2022), chegando no Brasil em 2018.⁶ Nesse movimento em franca expansão, as palavras de ordem são *compaixão e comunidade*.

Quanto à compaixão, Kellehear evoca a etimologia da palavra que deriva de duas palavras do latim: “cum” que significa junto e “patior” que significa sofrer. O termo “compassivo”, por sua vez, indica posse da qualidade dessa ação de sofrer junto. Menciona também a proximidade com a ideia de “pati”, que está na raiz da palavra “paciente”, denotando alguém que suporta, aguenta e é paciente no sofrimento do outro. Com a menção à etimologia, Kellehear quer enfatizar a ideia de mutualidade e partilha impregnada no termo compaixão, opondo-a ao “entendimento do ajudar que envolve os sãos ajudando os doentes, os ‘profissionais’ ajudando os leigos, os que sabem assistindo os que não sabem” (Kellehear, 2005, p. 42). Ademais, o autor justifica-se colocando a compaixão como complemento necessário ao termo “saúde”, cuja concepção contemporânea lhe parece insuficiente.

Primeiro, a compaixão é um imperativo ético para a saúde, ou seja, a reação “terna” ao sofrimento do outro é a resposta humana moralmente adequada. Sua ausência em alguém, por sua vez, representa um perigo para os outros. Segundo, a saúde é um conceito positivo que não exclui doença, deficiência ou perda. Assim, engloba-se a miríade de condições crônicas, pequenas e grandes, que acometem grande parte da população mundial e rejeita-se qualquer ideia “desnecessariamente idealista” de saúde. Terceiro, compaixão e saúde têm em comum o fato de serem conceitos “holístico/ecológicos”. Na linguagem da saúde pública, isso significa

⁶ Ver Favela Compassiva (s. d.).

que a compaixão deve se expressar através de políticas públicas e práticas em diversos espaços como igrejas, escolas e locais de trabalho, não se limitando ao hospital ou ao lar. Por fim, a compaixão traz consigo uma preocupação implícita com a universalidade da perda. Aqui, Kellehear estende a noção de perda para englobar não somente a morte por doenças ou violência, mas também a “separação forçada de pessoas de suas terras ou tradições culturais”, referindo-se a populações indígenas e refugiados, e toda a “morte e perda” resultante de formas de “rejeição física e social” como racismo, sexismo, idadeísmo, desemprego e desintegração de relações (2005, p. 43-44). Tal extensão parece englobar toda e qualquer experiência negativa que o sujeito possa experimentar, desde que reenquadrada em um vocabulário de morte e perda.

A comunidade, por sua vez, é definida como “redes que são capazes de compartilhar o fardo do cuidado de maneiras práticas além dos membros da família” (Kellehear, 2005, p. 49). Comunidade não se define, portanto, como distinta da sociedade, à moda da clássica distinção *Gesellschaft/Gemeinschaft*, mas como algo além da família e menor que a sociedade e o Estado. Comunidades compassivas são “redes de suporte que ocorrem naturalmente em vizinhanças e comunidades, em torno daqueles experimentando morte, morrer, cuidado, perda e luto” (Abel; Kellehear; Karapliagou, 2018, p. S5). Outro ponto importante da abordagem compassiva é sua crítica explícita à “profissionalização” do fim da vida (Kellehear, 2005, p. 99), que não somente visa destronar a medicina nos cuidados do morrer, mas também as expertises de saúde como um todo nas experiências de sofrimento.

A “comunidade”, em seu sentido contemporâneo que interessa aqui, surge no mesmo cenário que a compaixão. Ao longo das décadas de 1980 e 1990, a compaixão ganhou espaço na esfera pública principalmente através de campanhas de organizações voluntárias do primeiro mundo. Assim, evoca tanto questões relativas aos direitos humanos, dos animais e das crianças, quanto a pessoas e organizações “fora do mainstream”, como vegetarianos, defensores da legalização do uso de cannabis e formas alternativas de cuidado no fim da vida (Garber, 2004, p. 25). É a emergência do humanitarismo contemporâneo, objeto de análise da antropologia e da sociologia (Boltanski, 1999; Fassin, 2011). A política ocidental não se baseia somente nos princípios liberais da democracia e da liberdade, mas também em uma noção de bem-estar corporal e em uma rejeição do sofrimento “evitável”. Do dever de impedir ou aliviar o sofrimento dos necessitados, surge um “discurso dominante de ação pública que se apoia pesadamente na visualidade do sofrimento” e também na exposição midiaticizada do sujeito sofredor como instância de uma “humanidade comum” (Chouliaraki, 2013, p. 79). A compaixão se torna vernáculo comum de agentes estatais, organizações não-governamentais, experts e movimentos sociais na esfera pública.

Os mesmos agentes, dentro e fora do amplo guarda-chuva do “terceiro setor”, reivindicam a ideia de comunidade como substituto dos antigos “laços de parentesco e de proximidade espacial” que não são tão comuns em cidades (Kallman; Clark, 2016, p. 48). É como se, no rescaldo da modernidade ocidental, após a queda do comunismo, o esgotamento do modelo de

acumulação capitalista industrial e os contínuos desafios à legitimidade do Estado nacional, não houvesse caminho seguro para a sociedade. Esta recebeu sua declaração de óbito nas palavras de Margaret Thatcher⁷ e parecia não haver chance de ressuscitação. Porém, como argumentou Delanty (2010), a comunidade é um poderoso ideal regulador que está no coração da sociedade ocidental há séculos e que, recentemente, foi recuperado de variadas maneiras. Delanty argumenta que, a despeito de suas variações, a comunidade é uma “expressão do *communitas*, isto é, de um modo particular de imaginar e experimentar o pertencimento social como um acontecimento comunicativo e público.” (2010, p. 16).

Organizações do terceiro setor, formas de economia alternativa e movimentos comunitários se constituíram no nevoeiro da comunidade *communitas*. Estado e mercado não ficaram atrás. No primeiro, propôs-se uma “terceira via” sustentada em relações éticas entre sujeitos mutuamente implicados, não somente cidadãos nem consumidores (Rose, 2000). No segundo, o movimento de apropriação e comoditização do capital tensiona o comunitário, capturando formas de trabalho e cooperação e convertendo-os em mercadoria (van Dyk, 2018). Parece haver uma afinidade eletiva entre a política da compaixão, fomentada por novas tecnologias de informação e comunicação em escala global, e de comunidade emergente nas últimas três décadas do século XX. As duas respondem à ausência de um modo de pertencimento e organização que englobe todas as pessoas humanas, independentemente de fronteiras nacionais, em relações de ajuda e suporte moralmente legítimas em situações de sofrimento. Evocam uma suposta comunidade perdida que sucumbiu há muito tempo diante da emergência do Estado nacional e do mercado capitalista⁸, um “campo afetivo e ético” composto de “relações emocionais” entre indivíduos que se importam uns com os outros (Rose, 2000, p. 1401).

A junção comunidade + compassiva não é fortuita. Se a compaixão na literatura de saúde evoca o “social”, seja como causa ou efeito, a compassividade aqui está intimamente vinculada a um conceito de sociedade um pouco mais restrito e mais amplo ao mesmo tempo. Mais restrito porque a comunidade é um feixe de relações de suporte que engloba o lar, a vizinhança e organizações com alcance curto ou médio, como escolas, igrejas, locais de trabalho e organizações de terceiro setor próximas à casa da pessoa em necessidade de apoio. Mais amplo porque cabe a essa comunidade lidar com questões de morte e perda que englobam não somente o fim da vida do indivíduo, mas diversas experiências de violência, privação e sofrimento que impliquem, direta ou indiretamente, a perda de alguma coisa valiosa ao sujeito. Uma comunidade compassiva descartaria, portanto, a centralidade dos especialistas da saúde em prol da “construção da capacidade comunitária”, ou em outras palavras, o “encorajamento de comunidades e organizações para alcançar seus objetivos mais efetivamente usando que

7 Em 1987, a primeira ministra inglesa declarou em uma entrevista que não existe algo como uma sociedade, mas sim indivíduos e famílias (Thatcher, 2024).

8 Essa narrativa de perda da comunidade é fundante nas ciências sociais (Delanty, 2010, p. 7-8).

eles têm mais efetivamente” (Kellehear, 2005, p. 51). A missão educativa, encontrada nas recomendações de formação e capacitação em compaixão para profissionais de saúde na seção anterior, aparece aqui estendida a todos. A responsabilidade pelo fim da vida e pela perda, que se estende até quase cobrir todo o sofrimento, é de todos, e todos devemos aprender como acolher tal responsabilidade com compaixão.

CONCLUSÃO

Debates atuais na saúde, tanto em sentido amplo quanto em abordagens de saúde pública específicas, parecem imaginar um novo lugar para a compaixão na esfera pública. Diferente das campanhas humanitárias popularizadas nas décadas de 1980 e 1990 até hoje, que se baseiam na exposição de imagens de sofrimento em lugares distantes do mundo para elicitare doações e campanhas voluntárias, a compaixão de médicas/os, enfermeiras/os, psicólogos/os e outros profissionais da saúde não passa por regimes complicados de visibilidade. Isso porque a categoria do “sofredor” é tão ampla quanto as categorias diagnósticas e ferramentas de mensuração permitirem. Se o sofrimento pode ser categorizado, medido e propriamente medicalizado, ele pode ser alvo da compaixão terapêutica. Ao mesmo tempo que impedem o livre fluir da compaixão, obstáculos como a racionalidade biomédica “tradicional” (vista como fria, reducionista, insensível), as arquiteturas organizacionais ultrapassadas e as demais forças que acoçam os profissionais de saúde do nosso tempo (comoditização, sobrecarga de trabalho, cortes de financiamento público) podem ser superados com a ajuda de uma boa dose de compaixão. Não é verdade que a literatura aqui considerada exalta a compaixão como única cura para todos os males. Porém, a gama de efeitos que ela promete causar – da redução de sintomas à melhoria dos sistemas de saúde e dos males sociais – é digna de nota.

Se a terapêutica da compaixão parece tímida em seu alcance público, é porque seu modo de aparição na esfera pública não é tão direto. Por um lado, há reivindicações por políticas de saúde mais compassivas, por outro, há o impulso por uma nova forma de assistência em saúde que tem a compaixão como diretriz. O alcance é dado não por uma voraz e loquaz presença nos fóruns de debate político, mas pela lenta e gradual expansão do leque de sofrimentos que podem ser englobados no domínio da “saúde”, na medida em que esta se torna mais compassiva e menos distante de problemas sociais, culturais, políticos, entre outros.

Me refiro a capacidade de discursos em saúde – incluindo tanto a biomedicina, quanto os saberes “psi” (Rose, 2006), a enfermagem e a saúde pública – de interpretar “problemas sociais” e proporem “soluções”, especialmente quando esses problemas são definidos em termos de um sofrimento individual e/ou coletivo. Nesse processo, tanto o “problema social” quanto o saber que visa solucioná-lo são redefinidos, talvez sutilmente, talvez radicalmente. Na França,

doenças se tornaram uma das melhores bases para reivindicação por asilo para imigrantes, fenômeno que Fassin (2005) denominou “biolegitimidade”. Em vez de solicitar asilo como fugitivo político, imigrantes procuram laudos médicos que comprovem que sofrem de uma doença grave que não pode ser tratada em seu país de origem, garantindo assim a entrada na nação de destino. Desse modo, o “corpo sofredor” do doente torna-se mais legível para instituições estatais que incluem oficialmente o sujeito na comunidade política nacional, não por assumir seu status como cidadão, mas por ser alguém doente em necessidade de assistência.

A saúde serviu como prisma pelo qual noções de cidadania, relações com o Estado e formas de reprodução social se refrataram, transformaram e consolidaram. O Estado-nação em sua feição moderna se constituiu tanto como poderio militar e força colonizadora para fora, quanto como cuidador e protetor para dentro. No binômio cuidado-proteção, desdobram-se os aspectos policiais e assistenciais das organizações públicas (Soneghet, 2022, p. 47-48). A própria *esfera pública* foi construída e apartada da *esfera privada* em consonância com uma economia política das emoções: para os assuntos públicos, a luz da razão e os esquemas burocráticos, para assuntos privados, o cuidado, o amor e a ternura.⁹ Porém, as fronteiras parecem cada vez mais porosas. Uma nova política da compaixão enraizada na comunidade vem se constituindo. Emoções voltam para a esfera pública pelo discurso da saúde, na medida em que a saúde se torna eixo central na construção de uma comunidade política.

Vale recuperar a associação que Rose (2000, p. 1406) faz entre as formas de governo baseados na ideia de comunidade e “tecnologias de bem-estar”. Rose identifica esta e outras propostas com a “Terceira Via”, tipo de política governamental surgida na Inglaterra com auxílio do sociólogo Anthony Giddens. Nessas tecnologias, os sujeitos são chamados a tomarem responsabilidade pelo cuidado uns dos outros em comunidade. O tom de Rose é demasiado crítico e perde de vista os resultados discutivelmente positivos de muitas iniciativas baseadas na compaixão (Wilkinson, 2014) e na comunidade (Borgstrom; Walter, 2015). De fato, há uma armadilha na crítica de sentimentos vistos como “positivos”. Incorre-se no risco de pensar que a compaixão nunca pode ser uma emoção genuína e a comunidade é uma mera tecnologia de governo cinicamente empregada para controlar os sujeitos. No entanto, a crítica não necessariamente busca “anular o valor” de algo, mas “explicar as dinâmicas de seu otimismo e suas exclusões” (Berlant, 2004, p. 5).

Nesse intuito, concluo com uma das mais ferozes críticas à compaixão no que diz respeito ao seu potencial de formação de uma comunidade política:

Como regra, não é a compaixão que se propõe a mudar condições mundanas para

⁹ Essa é a história no centro da ética do cuidado de Joan Tronto (1993). Ao longo do século XVIII, sentimentos morais como simpatia (na teoria de Adam Smith) e compaixão perderam seu lugar na constituição da sociedade e da comunidade política. No lugar, o “ponto de vista moral” de Kant, baseado na razão, e a “contenção” das mulheres e das emoções na esfera privada.

aliviar o sofrimento humano, mas se o fizer, irá descartar o longo e cansativo processo de persuasão, negociação e concessões, que são os processos da lei e da política, e emprestará sua voz ao sofrimento ele mesmo, que deve exigir ação direta e rápida, isto é, ação com os meios da violência (Arendt, 1990, p. 86-87).

Hannah Arendt pode estar certa. De fato, ter compaixão não é o mesmo que olhar para o outro em pé de igualdade, como sujeito com voz, nuances, complexidades e necessidades. Como podemos nos responsabilizar uns pelos outros sem considerar conflitos, tensões e obstáculos que existem nas, e não em oposição ou fora das comunidades? Como pensar o cuidado sem considerar a tão necessária e urgente justiça? Ao mesmo tempo, devemos levar a sério as objeções levantadas em nome da compaixão. Que tipo de comunidade política é possível se não nos sentimos no dever de aliviar o sofrimento alheio? Que sujeito político pode existir sem suporte e apoio em tempos de necessidade?

A ideia de comunidade, embora vulnerável e até mesmo perigosa¹⁰, evoca o fato incontornável da interdependência. Estamos implicados no sofrimento e na boa fortuna uns dos outros, quer queiramos ou não. Isso não implica necessariamente compaixão, mas pode significar um chamado para sermos compassivos. Não me refiro aqui ao sentido mais restrito do termo: uma relação social entre um espectador e um sofredor, no qual o primeiro se comove diante do segundo e age de alguma forma. Quando mediada pelo reconhecimento do outro como mais do que sofredor, como sujeito (se não concretamente, presumidamente) igual capaz de deliberar e discordar, a compaixão pode resultar em algo além de um temporário alívio da dor. Pode nos levar à extensão das fronteiras da comunidade política para além do que imaginávamos possível e à criação de arranjos estáveis e racionais de assistência e ajuda baseados em confiança, para que todos que precisam hoje, não precisem amanhã e, caso precisem, não estejam reféns da boa vontade nem do acaso.

REFERÊNCIAS

1. ABEL, Julian; KELLEHEAR, Allan; KARAPLIAGOU, Alikí. Palliative care – the new essentials. *Annals of Palliative Medicine*, [s. l.], v. 7, n. suppl 2, p. S3-S14, 2018. Disponível em: <https://apm.amegroups.org/article/view/19026/19347>. Acesso em: 14 fev. 2024.
2. ARENDT, Hannah. **On revolution**. Londres: Penguin Books, 1990.
3. BERLANT, Lauren. Introduction: compassion (and withholding). In: BERLANT, Lauren

¹⁰ Delanty (2010, p. 12) discorre sobre o uso autoritário e totalitário da ideia de comunidade em regimes fascistas. A comunidade aparece como corpo orgânico da nação, fundido no Estado e além de qualquer dissensão política.

- (ed.). **Compassion: the culture and politics of an emotion**. Nova York: Routledge, 2004. p. 1-13.
4. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Localizar descritores de assunto: empatia. **Portal Regional da BVS**, [s. l.], [s.d.]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=F01.752.355. Acesso em: 14 fev. 2024.
 5. BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227-256, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/twDHCzCdqq6dXRhV5BLxkSy/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 6. BOLTANSKI, Luc. **Distant suffering: morality, media and politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
 7. BONET, Octavio. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina de família. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 21, n. 44, p. 253-277, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/N97pbDnGJNRMb8YLr4W7nHx/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 8. BORGSTROM, Erica; WALTER, Tony. Choice and compassion at the end of life: A critical analysis of recent English policy discourse. **Social Science & Medicine**, v. 136-137, p. 99-105, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953615002865?via%3Dihub>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 9. BORNSTEIN, Erica. **Disquieting gifts: humanitarianism in new delhi**. Stanford: Stanford University Press, 2012.
 10. CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005.
 11. CHOULIARAKI, Lilie. Cosmopolitanism as irony: a critique of post-humanitarianism. In: BRAIDOTTI, Rosi; HANAFIN, Patrick; BLAAGAARD, Bolette (ed.). **After cosmopolitanism**. Nova York: Routledge, 2013. p. 77-96.
 12. COTTA FILHO, Cezar Kayzuka; MIRANDA, Fernanda Berchelli Girão; OKU, Hiromi; MACHADO, Giovanna Cristina Conti; PEREIRA JUNIOR, Gerson Alves; MAZZO, Alessandra. Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: *scoping review*. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 24, e180567, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BVCVCQmsbC7ZZft3kJR5Xjj/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 13. CRAWFORD, Paul; BROWN, Brian; KVANGARSNES, Marit; GILBERT, Paul. The design of compassionate care. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 23, n. 23-24, p. 3589-3599, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12632>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 14. D'AMICO, Lynne. Empathy and compassion in the health-related literature: disciplinary and topic trends and gaps. **Journal of Compassionate Health Care**, [s. l.], v. 5,

- n. 6, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-018-0049-3>. Acesso em: 14 fev. 2024.
15. DAS, Veena. **Affliction: health, disease, poverty**. Nova York: Fordham University Press, 2015.
 16. DE SWAAN, Abram. **In care of the state**. Nova York: Oxford University Press, 1988.
 17. DELANTY, Gerard. **Community**. Nova York: Routledge, 2010.
 18. DUMONT, Katia; MARCOUX, Isabelle; WARREN, Émilie; ALEM, Farah; ALVAR, Bea; BALLU, Gwenvael; BOSTOCK, Anitra; COHEN, Robin; DANEAULT, Serge; DUBÉ, Véronique; HOULE, Janie; MINYAOU, Asma; ROULY, Ghislaine; WEIL, Dale; KELLEHEAR, Allan; BOIVIN, Antoine. How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 131-144, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-022-01021-3>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 19. FASSIN, Didier. Compassion and repression: The moral economy of immigration policies in France. **Cultural Anthropology**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 362-387, 2005.
 20. FASSIN, Didier. **Humanitarian reason: a moral history of the present**. Oakland: University of California Press, 2011.
 21. FAVELA COMPASSIVA. Favela compassiva: Rocinha e Vidigal. **Favela Compassiva**, Rio de Janeiro, [s. d.]. Página inicial. Disponível em: <https://www.favelacompassiva.org.br>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 22. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. Organização, introdução e revisão técnica: Roberto Machado. São Paulo: Paz & Terra, 2014.
 23. GARBER, Marjorie. Compassion. *In*: BERLANT, Lauren (ed.). **Compassion: the culture and politics of an emotion**. Nova York: Routledge, 2004. p. 15-27.
 24. GARZIN, Ana Claudia Alcântara; FERRARI, Carla Maria Maluf; PEREIRA, Giovana Caldas; DUARTE, Kawany de Oliveira Rodrigues; RODRIGUES, Samara Gomes; KOWALSKI, Ivonete Sanches Giacometti. Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do paciente. **O Mundo da Saúde**, [s. l.], v. 48, e1580, 2024. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1580/1416>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 25. GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
 26. GILBERT, Paul. Introduction and outline. *In*: GILBERT, Paul (ed.). **Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy**. Londres: Routledge, 2005. p. 1-6.
 27. JEFFREY, David. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: is there a problem? Is there a difference? Does it matter? **Journal of the Royal Society of Medicine**,

- [s. l.], v. 109, n. 12, p. 446-452, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0141076816680120>. Acesso em: 14 fev. 2024.
28. KALLMAN, Meghan Elizabeth; CLARK, Terry Nichols. **The third sector: community organizations, ngos, and nonprofits**. Chicago: University of Illinois Press, 2016.
29. KARIYAWASAM, Lasara; ONONAIYE, Margarita; IRONS, Chris; KIRBY, Sarah. Compassion-based interventions in Asian communities: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, [s. l.], v. 96, n. 1, p. 148-171, 2022. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papt.12431>. Acesso em: 14 fev. 2024.
30. KELLEHEAR, Allan. Third-wave public health? Compassion, community, and end-of-life care. **International Journal of Applied Psychoanalytic Studies**, [s. l.], v. 1, n. 4, p. 313-323, 2004.
31. KELLEHEAR, Allan. **Compassionate cities: public health and end-of-life care**. Nova York: Routledge, 2005.
32. KELLEHEAR, Allan. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. **QJM**, [s. l.], v. 106, n. 12, p. 1071-1075, 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/106/12/1071/1633982>. Acesso em: 14 fev. 2024.
33. KEMP, Jessica; ZHANG, Timothy; INGLIS, Fiona; WILJER, David; SOCKALINGAM, Sanjeev; CRAWFORD, Allison *et al.* Delivery of compassionate mental health care in a digital technology-driven age: scoping review. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 22, n. 3, e16263, 2020. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/3/e16263>. Acesso em: 14 fev. 2024.
34. KIRBY, James; DAY, Jamin; SAGAR, Vinita. The 'Flow' of compassion: a meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. **Clinical Psychology Review**, [s. l.], v. 70, p. 26-39, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735818303787?via%3Dihub>. Acesso em: 14 fev. 2024.
35. KOLCHRAIBER, Flávia Cristiane; TANAKA, Luiza Hiromi; NEGI, Lobsang Tenzin; ATANES, Ana Cristina; SOUZA, Káren Mendes Jorge de. Efeitos do treinamento cognitivo de compaixão na quebrada: estudo misto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 30, e3575, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tL5v6mFZ57qzTZhN79gHVGj/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.
36. KUAH-PEARCE, Khun Eng; GUIHEUX, Gilles. Nurturing compassion through caregiving and care-receiving: the changing moral economy of AIDs in China. **Anthropology & Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 71-86, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13648470.2014.881461>. Acesso em: 14 fev. 2024.
37. LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN HEALTH SCIENCES LITERATURE. Latin american and Caribbean health sciences literature. LILACS, [s. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://lilacs.bvsalud.org/en/#about>. Acesso em: 14 fev. 2024.

38. LOCK, Margaret; NGUYEN, Vinh-Kim. **An anthropology of biomedicine**. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2010.
39. LUTZ, Catherine; ABU-LUGHOD, Lila. **Language and the politics of emotion**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
40. LUTZ, Catherine; WHITE, Geoffrey. The anthropology of emotions. **Annual Review of Anthropology**, [s. l.], v. 15, p. 405-436, 1986.
41. MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2004.
42. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. National center for biotechnology information. **National Library of Medicine**, [s. l.], 2023. About. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>. Acesso em: 14 fev. 2024.
43. NGUYEN, Vinh-Kim. **The republic of therapy**: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS. Durham: Duke University Press, 2010.
44. NUSSBAUM, Martha. Compassion: The basic social emotion. **Social Philosophy and Policy**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 27-58, 1996.
45. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. **Atenção primária à saúde**: uma história brasileira. Rio de Janeiro: Hucitec, 2021.
46. PAPADOPOULOS, Irena; SHEA, Sue; TAYLOR, Georgina; PEZZELLA, Alfonso; FOLEY, Laura. Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. **Journal of Compassionate Health Care**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-016-0019-6>. Acesso em: 14 fev. 2024.
47. PESTIAN, Teresa; AWTREY, Eli; KANOV, Jason; WINICK, Naomi; THIENPRAYOON, Rachel. The impact of organizational compassion in health care clinicians: a scoping review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 290-305, 2023. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12664>. Acesso em: 14 fev. 2024.
48. PFEIFFER, Sandiléia; LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. Dificuldades no engajamento às medidas contra a COVID-19: papel dos medos da compaixão. **Psico**, Porto Alegre, v. 52, n. 3, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://puers.emnuvens.com.br/revistapsico/article/view/41601>. Acesso em: 14 fev. 2024..
49. REDFIELD, Peter. **Life in crisis**: The ethical journey of doctors without borders. Oakland: University of California Press, 2013.
50. RODRIGUES, Mariana de Sousa Dantes; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro; LORDÃO, Alana Vieira; COSTA, Brunna Helen Saraiva; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**,

- Belo Horizonte, v. 25, n. 1, e-1386, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44505>. Acesso em: 14 fev. 2024.
51. ROSE, Nikolas. Community, Citizenship and the Third Way. **American Behavioral Scientist**, [s. l.], v. 43, n. 9, p. 1395-1411, 2000.
 52. ROSE, Nikolas. Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. **BioSocieties**, [s. l.], v. 1, n. 4, p. 465-484, 2006.
 53. SINCLAIR, Shane; KONDEJEWSKI, Jane; JAGGI, Priya; DENNETT, Liz; ROZE DES ORDONS, Amanda L.; HACK, Thomas F. What is the state of compassion education? A systematic review of compassion training in health care. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 96, n. 7, p. 1057-1070, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2021/07000/what_is_the_state_of_compassion_education__a.55.aspx. Acesso em: 14 fev. 2024.
 54. SMITH, Kirsten; BISHOP, Felicity; DAMBHA-MILLER, Hajira; RATNAPALAN, Mohana; LYNESS, Emily; VENNIK, Jane *et al.* Improving empathy in healthcare consultations – a secondary analysis of interventions. **Journal of General Internal Medicine**, Londres, v. 35, n. 10, p. 3007-3014, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-05994-w>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 55. SONEGHET, Lucas Faial. Fazendo o melhor da vida na morte: qualidade de vida, processo de morrer e cuidados paliativos. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 5, n. 10, p. 357-382, 2020. Disponível em: <https://seer.unirio.br/revistam/article/view/9615>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 56. SONEGHET, Lucas Faial. A normalidade crítica do cotidiano diante do adoecimento e da morte. **Anuário Antropológico**, v. 47, n. 2, p. 205-222, 2022. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/9720>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 57. SONTAG, Susan. **Regarding the pain of others**. Nova York: Picador, 2004.
 58. SPELMAN, Elizabeth. **Fruits of sorrow: framing our attention to suffering**. Boston: Beacon Press, 2001.
 59. THATCHER, Margaret. **Interview for Womans Own (“no such thing [as society]”)**. [Entrevista cedida a] Douglas Keay. Margaret Thatcher Foundation, 2024. Disponível em: <https://www.margareththatcher.org/document/106689>. Acesso em: 14 fev. 2024.
 60. TICKTIN, Miriam. **Casualties of care: Immigration and the politics of humanitarianism in France**. Oakland: University of California Press, 2011.
 61. TRONTO, Joan. **Moral boundaries: A political argument for an ethic of care**. Nova York: Routledge, 1993.
 62. VAN DYK, Silke. Post-wage politics and the rise of community capitalism. **Work, Employment and Society**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 528-545, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0950017018755663>. Acesso em: 14 fev. 2024.

63. VIETEN Cassandra; RUBANOVICH, Caryn Kseniya; KHATIB, Lora; SPRENGEL, Meredith; TANEGA, Chloé; POLIZZI, Craig *et al.* Measures of empathy and compassion: A scoping review. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 19, n. 1, e0297099, 2024. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0297099>. Acesso em: 14 fev. 2024.
64. WILKINSON, Ian. The new social politics of pity. *In*: URE, Michael; FROST, Mervyn (ed.). **The politics of compassion**. Londres: Routledge, 2014. p. 121-135.
65. WILLIAMS, Simon; CALNAN, Michael. The ‘limits’ of medicalization?: modern medicine and the lay populace in ‘late’ modernity. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 42, n. 12, p. 1609-1620, 1996.

Lucas Faial Soneghet

Pós-doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2905-3395>. E-mail: lucas_faial@hotmail.com