

O resgate da interpessoalidade e a apropriação dos cuidados ao próprio corpo

The rescue of the interpessoalidade and the appropriation of the own body care

Carla Cristina Tze Jú Cavalcanti¹
Fernando Lefèvre¹

¹Faculdade de Saúde Pública da USP-SP

Resumo: As relações entre profissionais da saúde e pacientes há tempos vêm sendo discutidas e pode-se dizer, consolidou a existência de dois grupos sociais distintos - o primeiro representado por pessoal acadêmico e técnico e o segundo por pessoas da população em geral - com características diferentes, com seus próprios conhecimentos, informações, modos de pensar e desenvolvimento cognitivo. Ao primeiro grupo cabe uma fala legal e autorizada, enquanto ao segundo uma fala ilegal e desautorizada. Sendo assim, na busca de estabelecer uma melhor relação entre os diferentes atores, há necessidade de se trabalhar em uma lógica diferente para que a relação também possa vir a ser diferente. A alternativa seria por meio da comunicação em saúde, mas não como uma mera transmissão de informações, mas como uma produção interativa em que todas as partes envolvidas aprendem independente da posição ocupada, se cientista ou leigo.

Palavras-chave: Relações Profissional-Paciente; Autonomia Pessoal; Comunicação em Saúde.

Abstract: Relationships between health professionals and patients have been discussed for a long time and it can be said, has consolidated the existence of two distinct social groups - the first represented by academic and technical personnel and the second for people in the general population - with different characteristics, with their own knowledge, information, ways of thinking and cognitive development. The first group is a legal and authorized speaking, while the second one is illegal and unauthorized. Therefore, in seeking to establish a better relationship between the different actors, there is need to work on a different logic so that the relationship can also be different. The alternative would be by means of health communication but not as a mere information transmission, but as an interactive production where all involved parties learn regardless of the position occupied, whether scientist or lay person.

Keywords: Professional-Patient Relations; Personal Autonomy; Health Communication.

1. Introdução

Os indícios de que as relações entre profissionais da saúde e seus “pacientes”, os leigos, não vai bem, estão presentes à vista de todos.

Embora as campanhas de prevenção à dengue determinem uma série de providências, as mesmas são ignoradas pela população leiga, mesmo entre aqueles que já foram vitimados uma primeira vez pelo mosquito e sabem que as reincidências oferecem, além de grande desconforto, sérios riscos para a vida.

Observa-se a mesma espécie de fenômeno no dia a dia com pessoas que, descontentes com o atendimento médico que tiveram, consultam outros profissionais e – deixando pasmos seus convivas, aderem ao mesmo tratamento que já lhes fora prescrito na primeira consulta e rejeitado na ocasião.

E são muitos os exemplos de tais situações, que podem ser aqui descritos.

Há, portanto, do ponto de vista ético, a necessidade de identificar as não conformidades que geram tais comportamentos e tentar superá-las naquilo que estes pesquisadores entendem como uma real ação de humanização do atendimento.

E também para a gestão da saúde pública essa ação trará benesses, na medida em que os recursos desperdiçados com repetição de consultas, exames, tratamento de agravos, poderão ser destinados a melhorias no atendimento.

2. O Confronto Das Duas Lógicas

Uma questão quase sempre presente e que pode ajudar no entendimento dessas situações é o confronto entre profissional de saúde e “paciente”.

Há, indiscutivelmente, a consolidação de dois grupos, o primeiro representado por pessoal acadêmico e técnico e o segundo por pessoas da população em geral, os ditos leigos.

A existência desses dois grupos sociais, com características diferentes, com seus próprios conhecimentos, informações, modos de pensar e desenvolvimento cognitivo, se deve ao fato de que os diferentes atores vivem e atuam em dois espaços sociais diferentes, enquanto o profissional representa e atua a partir da academia, o leigo o faz a partir de sua própria residência, seu local de trabalho¹.

Desenvolvem-se, em decorrência, lógicas antagônicas, a médico-sanitária e a do senso comum, que coloca em confronto dois atores situados em posições sociais distintas em relação à saúde e doença.

Enquanto os profissionais falam de espaços acadêmicos ou ligados ao aparato institucional do campo da saúde, a população fala a partir do espaço do cotidiano, residencial ou de trabalho, tendo como consequência para os primeiros, uma fala legal e autorizada², ao passo que para os últimos cabe uma fala ilegal (o leigo que fala sobre saúde e doença pode, em certas circunstâncias, ser acusado de charlatanismo) ou desautorizada ainda que sobre o próprio corpo e a própria doença.

A análise do corpo feita por LE BRETON³, que resulta na apresentação de duas dimensões: o saber biomédico e o saber popular reforça a dualidade mencionada anteriormente. O primeiro, ou seja, os especialistas são aqueles que estão aptos, os únicos que possuem competência para emitir um parecer a respeito do assunto em questão.

Ele afirma existir um divórcio “entre os saberes populares e do corpo, sempre ativos em nossos dias, notadamente por meio das tradições de cura, e a cultura erudita, notadamente biomédica³”. E acrescenta que a representação oficial do corpo vem desse saber biomédico que está diretamente relacionado com todo o aparato institucional e acadêmico da medicina.

Essa percepção de dualidade é reiterada por outros autores.

SANTOS⁴ considera que esse sistema proporciona essa divisão, na medida em que são estruturas verticais onde as práticas de transmissão de informações são reforçadas.

A Teoria das Representações Sociais considera que existem diferentes formas de se comunicar e conhecer, que geram seu próprio universo, sendo elas a consensual (senso comum) e a científica (especialistas)⁵. Justifica que o universo consensual é constituído na cotidianidade, enquanto o científico possui uma hierarquia e linguagem próprias, mas que apesar de diferentes, são ambos necessários para a vida humana.

O conhecimento técnico científico do profissional de saúde é fator fundamental e inquestionável, mas se faz tão necessário quanto o conhecimento que a população possui - o conhecimento dito leigo, mas que também diz respeito ao que o homem vivencia, ao que sente, às condições econômico-sociais, culturais e familiares, que certamente influenciam no processo saúde-doença e não apenas na adesão a determinado tratamento.

Se de um lado há o profissional de saúde – acadêmico ou técnico - que detém as informações e conhecimentos necessários para tratar do assunto e a sociedade vê este profissional como alguém que possui as condições necessárias para “legislar” e mesmo “impor” a saúde para o conjunto da população leiga, do outro está a população leiga, aquela que sofre diretamente os impactos da saúde e da doença e que vive estas condições na experiência cotidiana, a partir de seu corpo e sua mente.

LE BRETON afirma que, apesar de existir um processo que busca instruir as pessoas, por diversos meios como a escola, a internet, a da troca de informações e conhecimentos entre leigos e entre leigos e técnicos, esse conhecimento não é totalmente claro.

A distância social e cultural é frequentemente grande entre o médico notável, possuidor de um saber esotérico que ele raramente busca compartilhar, e o paciente despossuído de seu saber sobre ele mesmo, ignorante dos significados que o atravessam e que ele está destinado a não compreender³.

Desta forma,

não haveria diálogo possível entre as partes mas apenas uma prática discursiva e comportamental regida por relações assimétricas de mando/obediência; prescrição/cumprimento da prescrição independente do fato destas relações serem mais autoritárias ou mais ‘gentis’, mais ou menos ‘participativas’, ou ‘educativas’, ou ‘cooperativas’, o que não muda em nada sua natureza estruturalmente assimétrica⁴.

3.Percepção De Saúde E Doença - A Decorrência Natural De Lógicas Antagônicas

O indivíduo é, certamente, proprietário do seu corpo, mas não pode fazer o que quiser com ele sem que haja consequências, inclusive legais. O profissional de saúde é a figura “proprietária” social e legalmente autorizada para agir em situações e momentos em que há uma necessidade de intervenção no corpo do indivíduo, em decorrência da doença ou da falta de saúde.

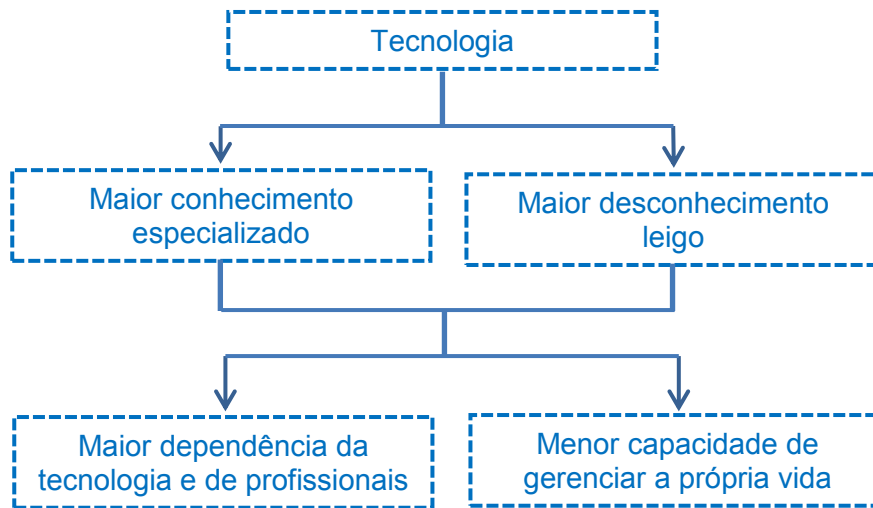
A saúde e a doença são, ao mesmo tempo, propriedade do profissional da saúde, proprietário do Conhecimento sobre o corpo e da pessoa, proprietária de seu corpo próprio. E é com essa antinomia ou paradoxo que a Medicina e a Saúde Pública precisam lidar, o que, por fim, acaba por esbarrar no que LEFÈVRE¹ chama de impasse de natureza estrutural, que inviabiliza a verdadeira comunicação ou diálogo entre a lógica médico-sanitária e a lógica do senso comum. Tal inviabilização comunicacional é decorrente de duas linguagens e discursos distintos: a fala médico-sanitária, dotada de todo o peso técnico e legal e a fala da população, do senso comum, sem este peso técnico e legal, conformando mundos separados e incomunicáveis.

Como mencionado anteriormente, o verdadeiro conhecimento sobre saúde/doença pertence única e exclusivamente ao profissional da saúde, então a prática desses profissionais gira em torno de ministrar prescrições comportamentais, cabendo aos leigos a “simples” tarefa de cumpri-la. Porém, algumas dessas pessoas cumprem por acreditarem que devem fazê-lo já que foi recomendado pelo médico, ou porque podem ser penalizados caso não sigam o tratamento; mas há aqueles que não cumprem total ou parcialmente uma prescrição ou indicação médica, o que pode estar relacionado com uma perspectiva diferente entre os dois atores.

A saúde e a doença são objetos híbridos, na medida em que pertencem a dois atores, o primeiro é o profissional da saúde, a parte com competência para intervir no processo saúde-saúde (ou seja, a parte técnica), enquanto o segundo é o indivíduo, aquele que vive a saúde e a doença no cotidiano e que possui o direito sobre o seu corpo (isto é, a parte leiga)¹. Isto, pois, caso não seja desta maneira, a vida deste indivíduo estará sendo reduzida exclusivamente à esfera técnica, o que não é por certo, aceito ou passível de admissão⁷.

Se por um lado os avanços da tecnologia são indubitavelmente importantes no processo de diagnóstico e tratamento de patologias, por outro esta tecnologia demanda um maior conhecimento especializado, o que também provoca um maior desconhecimento por parte do leigo, acarretando maior dependência da tecnologia e consequentemente dos profissionais, o que pode ocasionar uma menor capacidade desse sujeito gerenciar a própria vida, como pode ser visto na figura a seguir.

Figura – Esquema representativo das consequências do avanço tecnológico na área da saúde



Como consequência desse processo de incorporação tecnológica na prática médica como um todo, pode-se perceber um processo crescente inverso no que tange a aproximação do sujeito ao profissional, pois aumenta a impessoalidade, aumenta a materialidade, onde o foco é a doença e não o doente, até pela forma de diagnóstico, que independe ainda mais da manifestação do usuário.

Moura⁸ faz uma consideração nesse sentido, lembrando que a tecnologia médica com seus equipamentos que permitem um diagnóstico mais preciso, influencia a relação entre ambos.

LE BRETON mostra este aspecto na medida em que menciona que não há espaço para o leigo nessa área de conhecimento. Para ele,

essa visão da doença só pode conduzir o doente a depor-se passivamente entre as mãos do médico, e a esperar que o tratamento recebido faça seu efeito. A doença é outra coisa que não ele; seu esforço em curar, sua colaboração ativa não são considerados essenciais. O paciente não é encorajado a interrogar-se acerca do sentido íntimo de seu mal, nem a envolver-se, pede-se justamente que ele seja paciente, que ele tome sua medicação e espere pelos seus efeitos³.

Não cabe a mais ninguém, a não ser ao especialista, a arte e o ofício de solucionar as questões relativas à saúde e doença, restando ao leigo o simples ofício de

seguir as determinações do técnico, o que, por consequência, acarreta um aumento da distância entre as pessoas – leigos e técnicos.

4. Um Esforço De Superação

O que está por trás desses processos, pode-se dizer, são questões como a falta de informação que faça sentido para a prática diária das pessoas, que esteja em consonância com as suas reais necessidades e, principalmente, com a realidade em que vivem.

Além disso, a relação entre técnicos e leigos vem sendo “mediada” pela estratégia de biopoder⁹, que se pode dizer que é uma intervenção na vida do ser humano, desde o seu nascimento, passando por todos os momentos de vida, sendo finalizado no momento de seu falecimento. Esta estratégia pretende legislar e manter o leigo sob a sua batuta, com foco em alcançar resultados positivos para a saúde individual, com ações voltadas para comportamentos saudáveis (do ponto de vista técnico).

Segundo o autor, a perspectiva de longevidade do ponto de vista das práticas sanitárias dominantes passa por ações da população no sentido de que:

deve-se estar atento a enfermidades existentes, suscetibilidades e propensões; deve-se buscar informações baseadas em evidências para que se cumpra com o ajuste do 'estilo de vida' e das propensões genéticas para minimizar a doença e otimizar a saúde; deve-se conduzir a própria vida de modo estratégico e responsável em relação aos outros de modo a ponderar decisões sobre empregos, casamentos, reprodução, à luz de elementos biomédicos e epidemiológicos⁹.

“As dificuldades de comunicação entre o ‘cientista’ e o ‘leigo’, no entanto, estão vinculados a determinadas constrições colocadas pelo tipo de processo cognitivo desenvolvido em nossa espécie, a partir de tecnologias de inteligência determinadas⁴”.

Na direção de solucionar esse impasse, faz-se necessária uma alteração no padrão existente de relação profissional-paciente em que a “educação” deverá ser transferida para outra esfera, isto é, para um processo de informação por meio de um diálogo, uma forma diferente de tratar com o paciente⁶. Acredita-se ser preciso colocar frente a frente, em diálogo, a lógica médico-sanitária e a lógica da população, na tentativa de que se entenda que existe conhecimento nos dois lados, ainda que distintos. Existe a necessidade de estabelecer um diálogo entre o mundo de dentro e de fora da academia, ou seja, de uma maior relação entre os especialistas e os indivíduos comuns. A partir dessa etapa, passa-se a construir o conhecimento juntamente com esse público, com o intuito de que se consiga proporcionar condições de que ele seja capaz de solucionar os impasses da própria saúde/doença.

Sendo assim é necessário fortalecer os atores sociais,

para que as coletividades e os indivíduos possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde-doença, é preciso lançar mão de uma pedagogia não-normativa e dialogal (...), que possa proporcionar oportunidades de encontro e de troca entre o campo sanitário e o campo do senso comum⁶.

Há necessidade de se trabalhar em uma lógica diferente para que a relação também possa vir a ser diferente.

Para se estabelecer essa relação, pode-se fazer uso da comunicação, no caso em questão, da comunicação em saúde.

Há que se lembrar que atualmente o acesso a informações vem modificando o posicionamento das pessoas no que tange às relações.

O processo de comunicação em saúde requer que a relação entre as pessoas (profissional e o paciente) seja revista, já que na atualidade o paciente é uma figura possuidora de informações e não mais as aceita (as informações) da forma tradicional de cima para baixo sem nenhum questionamento¹⁰. Hoje essas pessoas são mais conscientes e atentos às questões relacionadas com sua saúde/doença.

Entre o especialista e o leigo não deverá haver mais apenas o processo de comunicação, informação a respeito de um diagnóstico, prescrições e seu acatamento, mas sim uma relação, uma interação entre as duas partes, para que as decisões e as alternativas passem por outras áreas, uma busca por entender o paciente em seu cotidiano, ou seja, que se considere o "todo" daquele paciente.

Nesse sentido é importante pensar a comunicação e a comunicação em saúde, não como uma mera transmissão de informações, como algo diretamente ligado ao conteúdo; passa-se a ter a necessidade de pensar esse processo como uma produção interativa, onde há uma troca e construção de conhecimento entre os diferentes agentes, em que todas as partes envolvidas aprendem independente da posição ocupada, se cientista ou leigo.

Acredita-se que seria possível alcançar melhores resultados nessa relação se houvesse uma aproximação dessas lógicas, em que o processo da informação tem papel relevante, já que as duas partes possuem conhecimentos e ideias que devem ser respeitados, escutados e entendidos. Há necessidade da existência de um diálogo e troca entre profissional e paciente, mas sem perder o caráter técnico; ambas as partes precisam aprender a conviver com esta nova maneira, cada qual em seu campo, mas ambos procurando aproximar suas lógicas.

O compartilhamento de conhecimento sobre saúde e doença, a qualidade da relação de comunicação entre profissionais e pacientes (via de mão dupla), podem resultar em melhores práticas por parte dos sujeitos.

Sem dúvida, esta é uma nova forma de relação e tem a necessidade de ser tratada de forma cuidadosa, deverá ser aprendida pelas duas partes. Será importante que se encontre um ajustamento o mais breve possível no sentido de se adequar as necessidades e realidades, da saúde, das pessoas, dos profissionais, das instituições, estreitando as relações, proporcionando credibilidade e respeito mútuos.

5. Considerações Finais

Certamente há na população uma expectativa crescente de que a tecnologia possa ser suficiente para resolver os problemas de saúde e saúde pública. Por um lado, o mercado capitalista que incentiva o consumo e o consumo de "saúde" é muito forte e altamente convincente. Tomar um "comprimidinho" e não precisar fazer uma dieta, por exemplo, passa a ser o "sonho" de muitos – mais fácil e mais rápido para as pessoas, e altamente interessante para a indústria farmacêutica, na medida em que lhe gera receitas, além de dependência do usuário.

Por outro, o próprio governo incentiva a população a aguardar "soluções mágicas", mas que a torna refém da política. A vacina contra a dengue é (outro) um exemplo disso - as pessoas aguardam ansiosas por mais esta resolução tecnológica, pois resolveria os necessários cuidados de prevenção da doença, tão conhecidos e tão pouco praticados, e que envolvem compromisso e participação da população – em última análise, o início de um processo de autogestão da saúde. Assim, as pessoas deixam de desenvolver comportamentos sanitários adequados que, por exemplo, eliminariam não só a dengue, mas também a chikungunya e a febre amarela, patologias para as

quais o mesmo *Aedes aegypti* serve de vetor, e dependem do governo para dar uma "solução" para cada uma das patologias, isso é, submetem-se à posição de "pacientes".

Tal aproximação das lógicas resolveria ainda outra inconsistência existente. Esse leigo, que o profissional de saúde se recusa a ouvir, é o mesmo leigo que colaborou – geralmente como sujeito de algum tipo de experimentação ou grupo de controle, para o desenvolvimento e o fortalecimento da ciência e do conhecimento que o profissional de saúde usa para consolidar sua autoridade sobre o leigo. Assim, o leigo cujo depoimento, em determinado momento, foi usado para consolidar conhecimentos, em um momento posterior, quando quer interagir com o profissional de saúde, tem a mesma fala classificada como sem credibilidade. E é uma fala similar à do profissional de saúde que, quando e enquanto "paciente", tem a sua credibilidade e o seu sentir considerados, seja por ele próprio, ou por algum colega profissional de saúde.

6.Referências

1. Lefèvre F. Lógica sanitária e lógica do senso comum: por um diálogo com tecnologia. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Ignarra RM. O conhecimento de intersecção – uma nova proposta para as relações entre a academia e a sociedade. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP e Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo; 2007. p.17-23.
2. Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1975.
3. Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis: Vozes; 2012.
4. Santos NB. Comunicação, educação e promoção da saúde na internet. Cad Mídia e Saúde Pública 2007; 2:38-48.
5. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad Pesqui 2002;117:127-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>. Acesso em 04.12.2011.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2004.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2009.
8. MOURA JC. (Dissertação) Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. 2012.
9. Castiel LD. Saúde, Longevidade e Genética: um olhar biopolítico. In: Santos RV, Gibbon S, Beltrão JF. (orgs.) Identidades emergentes, genética e saúde: perspectivas antropológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
10. Pessoni A. Inovações na comunicação entre neopacientes e profissionais de saúde. In: Pessoni A, Perazzo PF. (Org). Neorreceptor no fluxo da comunicação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. p. 137-51. Disponível em <http://www.pucrs.br/edipucrs>. Acesso em 29.09.2014.

Artigo Recebido: 24.03.2015

Aprovado para publicação: 10.05.2016

Carla Cristina Tze Jú Cavalcanti

Universidade do Vale do Itajaí-SC

Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo

CEP - 01246-904 - SP - Brasil

E-mail: carlacavalcanti@usp.br
