

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ — UNIOESTE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* — SOCIEDADE,  
CULTURA E FRONTEIRAS  
NÍVEL — MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO — SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRAS**

**TERESA CRISTINA DUARTE**

**REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
NO CONTEXTO PLURICULTURAL DE FRONTEIRA**

**FOZ DO IGUAÇU — PR  
2014**

TERESA CRISTINA DUARTE

**REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
NO CONTEXTO PLURICULTURAL DE FRONTEIRA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE — para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras, junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Cultura e Fronteiras, nível de Mestrado — área de concentração Sociedade, Cultura e Fronteiras.

Linha de Pesquisa: Linguagem, Cultura e Identidade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elena Pires Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca do Campus de Foz do Iguaçu – Unioeste  
Ficha catalográfica elaborada por Miriam Fenner R. Lucas - CRB-9/268

D812 Duarte, Teresa Cristina  
Representações de saúde e doença por profissionais da saúde no  
contexto pluricultural de fronteira / Teresa Cristina Duarte.-- Foz do  
Iguaçu, 2014.  
113 fl. : tab.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elena Pires.  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Socie-  
dade, Cultura e Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Pa-  
raná.

1. Cultura. 2. Saúde e doença – Conceito - Representação. 3.  
Fronteira – Saúde – Práticas profissionais. I. Título.

CDU 316.722:614.2

TERESA CRISTINA DUARTE

**REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
NO CONTEXTO PLURICULTURAL DE FRONTEIRA**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Cultura e Fronteiras — Nível de Mestrado, área de Concentração em Sociedade, Cultura e Fronteiras, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná — UNIOESTE.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Miriam Suzéte de Oliveira Rosa  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul — UFRGS  
Membro Associado (convidado)

---

Profa. Dra. Marieta Fernandes Santos  
Membro Efetivo (da Instituição)

---

Profa. Dra. Regina Coeli Machado e Silva  
Membro Efetivo (do Programa)

---

Profa. Dra. Maria Elena Pires Santos (UNIOESTE)  
Orientadora

Foz do Iguaçu, 20 de fevereiro de 2014.

Dedico este trabalho às minhas filhas Laura e Manuela  
e espero que um dia possam entender o motivo  
de ter estado ausente mesmo presente.  
Vocês são as minhas maiores conquistas!

## AGRADECIMENTOS

### Sou grata

A **Deus**, que a cada dia me concede uma folha em branco para escrever a história da minha vida, e ao mestre **Jesus**, presente nas minhas preces diárias e que sustenta a minha caminhada;

À minha mãe **Neusa**, que me ensinou pelo exemplo a superar as adversidades sem lamentar, e ao meu pai **Raul** (em memória), que marcou a minha vida por sua erudição e com quem me pego muitas vezes conversando em pensamento;

Ao meu esposo **Ronaldo**, companheiro amado com quem divido alegrias e angústias da trajetória terrena;

À **Alice**, o sustentáculo importante na minha vida e na da minha família, com quem pude sempre contar;

À minha sogra **Zaida**, pelos constantes incentivos carinhosos e por seu otimismo que contagia;

À amiga de sempre **Jossiana Wilke**, que amavelmente cedeu fontes e indicou caminhos;

A todos os colegas do mestrado, especialmente **Valtenir, Leonir, Daros, Marcia, Andréa Legnani, Andréa Castagnaro, Cassiano, Ilídio**, companheiros queridos. Compartilhar com vocês os momentos em sala de aula ou nas festas trouxe leveza para esta etapa;

Em especial, à **Valéria e Andressa**, pessoas preciosas e amigas fiéis que ganhei de presente;

Aos professores **Valdir e Ivo**, a presença de vocês trouxe sofisticação aos momentos de descontração;

À professora **Maria Elena**, por ter sido gentil e paciente em todos os nossos encontros, por transmitir os conhecimentos e fazer os apontamentos seguros e fundamentais para a elaboração desta dissertação, sempre respeitando minhas limitações;

À professora **Regina Coeli**, que desde a graduação serviu de inspiração para observar além das fronteiras da Saúde e a quem tive a felicidade de reencontrar;

À professora **Marieta F. Santos**, pela contribuição dada no Exame de Qualificação e pela gentileza em aceitar o convite para a banca;

À professora **Miriam S. O. Rosa**, por aceitar prontamente o convite para participar da banca;

Aos profissionais que participaram da pesquisa, seja nas entrevistas ou na informação dos dados, pela atitude solícita com a qual me atenderam;

Por fim, agradeço a todos os sujeitos que anonimamente realizam tarefas que beneficiam o outro e a sociedade, é por vocês que timidamente vemos surgir um mundo melhor.

“Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana”.

Carl Gustav Jung

DUARTE, TERESA CRISTINA. **Representações de saúde e doença por profissionais da Saúde no contexto pluricultural de fronteira**. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Cultura e Fronteiras) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu.

## RESUMO

O modelo biomédico institucionalmente assumido na Saúde, hoje, tem se apresentado incapaz de alcançar a integralidade no atendimento ao sujeito. O conflito pelo qual esse setor tem passado revela que o trabalho nesta área tem exigido conhecimentos mais profundos do ser humano, que encontra sentido no contexto. Entre os muitos desafios colocados aos profissionais da área da Saúde, inseridos em um contexto de fronteiras, há o de compreender aspectos que envolvem as diferenças culturais e suas representações sociais, o que motivou a proposição da presente pesquisa. Com o objetivo de investigar como os profissionais da Saúde no cenário pluricultural de fronteira constroem, em suas práticas discursivas, representações sobre saúde-doença, foram elaboradas três perguntas de pesquisa: a) Como foi sendo (re)significado o conceito de saúde e doença e qual o papel da interdisciplinaridade no contexto atual?; b) Como as representações sobre diferenças culturais influenciam em suas práticas profissionais? e c) Quais representações são construídas pelos profissionais da Saúde sobre a saúde e a doença? Para responder às perguntas, foi seguida a abordagem metodológica qualitativa/interpretativista. A geração de dados para a análise foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com dez participantes, gravadas em áudio. Também foi utilizado diário de campo. Surgiram como categorias das representações formuladas sobre as diferenças culturais e a influência delas nas práticas profissionais: as culturas plurais que apareceram devido às diferenças presentes em todas as relações, a presença da flexibilidade das práticas adotadas pelos profissionais da Saúde diante da necessidade cultural do indivíduo e o paradoxo entre reconhecer a importância da cultura e a falta de aplicação prática, apontados principalmente pelo modelo biomédico vigente de Saúde. As representações de saúde e de doença pelos profissionais da Saúde permitiram observar a aceitação deste conceito como sendo um processo dinâmico que se estabelece individualmente, ideia geral dividida em três categorias: a relação com o bem-estar; o processo dinâmico; as percepções individuais. Ficou evidente, pelas análises, que o contato com pessoas de outras culturas provoca mudanças, que, em sua maioria, mostraram-se positivas no sentido de que o profissional apresenta-se mais aberto, flexível e atento ao outro, fator que contribui para representar que saúde e doença são condicionadas por fatores externos e determinadas pelo indivíduo.

**Palavras-chave:** Fronteira, Representação, Cultura, Conceito saúde-doença.

DUARTE, TERESA CRISTINA. **Representations of health and illness by health professionals in a multicultural context boundary.** 2014. 113 f. Dissertation (Master's degree Society, Culture and Borders) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu.

## ABSTRACT

The biomedical model institutionally assumed in Healthcare today has been unable to achieve comprehensiveness regarding individual care. The conflict this sector is facing has required a deeper understanding of the human being, whose meaning is found in the context. Among the many challenges facing health professionals embedded in a context of borders, there is the understanding of aspects involving cultural differences and social representations, which motivated the proposition of this very research. In order to investigate how health professionals in the pluricultural border scenario build their discursive practices, representations of health and disease, three research questions were developed: a) How the (re) meaning of the concept of health and disease and the role of interdisciplinarity in the current context representations of health and disease, three research questions were developed has been made? b) How the representations of cultural differences influence their professional practice? c) What representations are formed by health professionals on health and disease? To answer these questions a qualitative / interpretive methodological approach was followed. The generation of data for the analysis was conducted through audio-recorded semi-structured interviews with 10 participants. A field diary was also used. As categories emerged from the formulated representations regarding cultural differences and their influences in professional practices we have: cultural plural due to differences present in all relationships, the presence of practices flexibility adopted by health professionals facing the individual's cultural needs and the paradox between recognizing the importance of culture and the lack of its effective application, indicated primarily by the biomedical model of health. The representations of health and disease by health professionals allowed to observe the acceptance of this concept as a dynamic process that is individually established with an overview divided into three categories: the relation with well-being; the dynamic process; the individual perceptions. Through the analysis it was evident that contact with people from other cultures leads to changes which, in most cases, were positive in the sense that the professional has become more open, flexible and attentive to the other, a factor that contributes to health and disease representation to be conditioned by external factors and determined by the individual.

**Keywords:** Border, Representation, Culture, Concept health and disease.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de estrangeiros e nacionalidade registrados em Foz do Iguaçu no ano de 2013. ....	27
Tabela 2 – Número de pessoas de outras nacionalidades atendidas no Hospital Municipal no ano de 2012. ....	30
Tabela 3 – Número de pessoas de outras nacionalidades atendidas no Hospital 1 no ano de 2012. ....	30
Tabela 4 – Número de pessoas de outras nacionalidades atendidas no Hospital 2 no ano de 2012. ....	31
Tabela 5 – Número de profissionais da Saúde no município de Foz do Iguaçu em 2011. ....	35

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I - QUESTÕES METODOLÓGICAS E CONTEXTO</b> .....	20
1.1 PRINCÍPIOS DA PESQUISA QUALITATIVA/INTERPRETATIVISTA .....	20
1.1.1 Ética na pesquisa .....	23
1.2 OS MÉTODOS UTILIZADOS E A GERAÇÃO DE REGISTRO .....	24
1.2.1 Caminhos percorridos e informações encontradas .....	26
1.2.2 Para análise dos dados .....	32
1.3 O CENÁRIO DA PESQUISA .....	33
1.3.1 A cidade de fronteira .....	33
1.3.2 Definição dos participantes .....	35
<b>CAPÍTULO II - HISTÓRICO DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA E o papel da interdisciplinaridade no contexto atual</b> .....	37
2.1 HISTORIZAÇÃO DO CONCEITO SAÚDE-DOENÇA .....	37
2.1.1 Retomada dos princípios holísticos na Saúde .....	42
2.2 DA POTENCIALIDADE DO CORPO À POTENCIALIDADE DO SER .....	46
2.2.1 Importância da interdisciplinaridade na formação profissional .....	53
2.2.2 A relevância do conhecimento integral do sujeito .....	59
2.2.3 Atitudes interdisciplinares .....	61
<b>CAPÍTULO III - FOZ DO IGUAÇU: “UMA TORRE DE BABEL”?</b> .....	67
3.1 UMA CIDADE ATÍPICA PARA SE TRABALHAR EM SAÚDE .....	68
3.2 CULTURAS PLURAIS .....	75
3.3 FLEXIBILIDADE .....	78
3.4 PARADOXO ENTRE RECONHECER A IMPORTÂNCIA DA CULTURA E A FALTA DE APLICAÇÃO PRÁTICA .....	81
<b>CAPÍTULO IV - SAÚDE E DOENÇA: UM PROCESSO DINÂMICO</b> .....	87
4.1 RELAÇÃO COM O BEM-ESTAR .....	89
4.2 PROCESSO DINÂMICO .....	90
4.3 PERCEPÇÃO INDIVIDUAL .....	92
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	103
<b>ANEXOS</b> .....	110

## INTRODUÇÃO

Desde minha formação acadêmica em Enfermagem, havia a preocupação em conhecer como cada indivíduo constrói seus conceitos de estar saudável e estar doente. O fato de haver condutas de abordagens sistematizadas para sujeitos únicos — tal como pretende o modelo biomédico<sup>1</sup> ainda vigente na atualidade e amplamente utilizado na Saúde — nunca foi visto, por mim, com bons olhos. Passados alguns anos, percebo então que problematizar e aprofundar essas noções vêm se tornando cada vez mais necessário, para que tanto os sujeitos como os próprios profissionais que atuam na área possam ter mais autonomia e segurança para lidar com essas questões, que, antes de tudo, dizem respeito ao indivíduo e depois ao sistema, seja ele público, privado ou acadêmico.

Esse modo particular de encarar o processo saúde-doença foi o grande motivador da presente pesquisa, que iniciou timidamente por uma inquietação e que foi se consolidando no decorrer do curso do mestrado. Assistindo à disciplina inicial, Estudos em Pesquisa Multidisciplinar, e com as reflexões realizadas em busca de um parâmetro para o caminhar da construção da dissertação, ficou claro que, bem provavelmente, o interesse pelo assunto geraria a pergunta de pesquisa, pois esse já fazia parte do percurso de formação na graduação, uma vez que o tema do trabalho de conclusão de curso fora *Processo saúde-doença: responsabilidade individual e social*.

Ao abordar o tema saúde a partir da construção individual, torna-se importante atentar às influências sociais e culturais de cada um. Assim, a diversidade cultural presente desde o início da minha formação pessoal pode ter influenciado outra parte do questionamento: a questão pluricultural de fronteira. Nascida em Foz do Iguaçu, filha de mãe gaúcha e pai paraguaio, tive a oportunidade de passar períodos no Paraguai e outros na Argentina, por conta das visitas a tios e primos residentes nesses países. Na escola e na vizinhança, pude conviver com colegas árabes, chineses ou brasileiros vindos de várias partes do país, alguns deles também frutos de encontros culturais presentes na região, filhos de carioca com japonês, árabe com mineiro, chinês com paraguaio, entre outros, experiências

---

<sup>1</sup> Modelo de atuação em Saúde amplamente divulgado em meados do século XIX, voltado para o conhecimento e categorização das doenças.

vividas com naturalidade e que hoje considero terem contribuído para o interesse em discutir a diversidade cultural desta cidade.

Neste trabalho, procuro abordar os problemas sociais de saúde, verificando que esses não estão relacionados somente aos fatores externos de políticas públicas, mas na forma como cada sujeito compreende o que é estar saudável ou doente — uma ideia construída culturalmente. As leituras ofertadas pelo curso interdisciplinar de pós-graduação ajudaram a consolidar esta abordagem em um momento em que percebi que, apesar de todo o investimento feito para comprovar o modelo biomédico como ideal para tratar as doenças, já se verificou que nem sempre esse garante a saúde, apresentando limitações como qualquer outra abordagem terapêutica (GRAZZINELLI, 2005). Como exemplo, cito a pesquisa realizada pela revista *The Economist*, a qual revelou que os Estados Unidos são o país que mais gasta na área de Saúde no mundo. Foram U\$ 2,7 trilhões de dólares em 2011, o equivalente a 18% do PIB total, e mesmo assim os índices de mortalidade infantil, por exemplo, são os maiores entre os dezessete países mais ricos. Além disso, seus adolescentes têm maior chance de engravidar ou morrer de acidente de carro, ocorrendo maior número de morte de pessoas abaixo dos trinta anos. Sobre os motivos, os especialistas afirmaram que a principal causa é o modelo do sistema de Saúde baseado na iniciativa privada, com interesse na quantidade de atendimentos realizados em detrimento da melhora na Saúde (MAZZI, 2013).

Em trabalho realizado no interior do Brasil por Queiroz (1994), médicos da rede pública estimam que “80% dos casos clínicos que chegam até eles são problemas de ordem social que são somatizados em dores não passíveis de serem tratadas via medicamento” (QUEIROZ, 1994, p. 167). Estudo similar realizado na Inglaterra, trazido pelo autor, evidencia que 60% dos casos que surgem para os médicos extrapolam suas competências por se tratarem de questões de ordem psicológica ou social.

A limitação do modelo biomédico está justamente na não correspondência em abordar as questões de saúde e de doença como um processo dinâmico de construção cultural. Vale lembrar que, assim como as reações diante da doença são construídas culturalmente, as práticas de saúde também são um “produto cultural” (SANTANA; LOTUFO NETO, 2001). Estudos mostram que a posição alcançada por esse modelo na Saúde não foi devido ao seu alto potencial de cura, mas ao poder

conferido pelo Estado, por este modelo se adequar aos moldes econômicos de dominação (XABA, 2005) — por exemplo, medicamentos e ervas com potencial curativo utilizados por povos primitivos foram copiados, seus conhecimentos apropriados e sua utilização patenteada com o objetivo de lucro. Entretanto, as mudanças socioculturais que temos experimentado e a crescente luta pelos direitos reivindicados pelas minorias têm contribuído para que esse modelo de trabalho em Saúde encontre dificuldades em manter a hegemonia no setor.

Embora no início da história do conceito de saúde e doença no ocidente se buscasse a integralidade entre mente e corpo, as teorias desenvolvidas ao longo da construção do conhecimento humano fizeram com que os fatores subjetivos da pessoa que passa pelo processo de adoecimento fossem postos à margem do cuidado em saúde, com o pretexto de compreender “cientificamente” como o processo acontece. Aos poucos, o próprio sujeito foi retirado do interesse dos estudos em Saúde, passando a serem investigadas apenas partes que compõem o indivíduo.

O conhecimento dito científico proposto por Galileu Galilei (1564-1642) desde o século XVI, seguido por Isaac Newton (1643-1727) na física, passou a dar ares disciplinares na filosofia e em outras ciências sob influência do trabalho de René Descartes (1596-1650). Esse conhecimento proporcionou grandes descobertas, mas seu método racional e exclusivista acabou influenciando a personalidade do próprio cientista, “a ciência ganhou em rigor, mas perdeu a capacidade de autorregulação” (SOUSA SANTOS, 2010, p. 65). Na área da Saúde, o conhecimento disciplinar passou a reprimir outras formas de saber que buscassem ultrapassar esta barreira, e o doente passou a ser “uma quadrícula sem sentido, quando, de fato, nunca estamos doentes senão em geral” (SOUSA SANTOS, 2010, p. 74).

A perspectiva cientificista delineou uma hierarquia bem definida no setor da Saúde e elegeu a Medicina como classe profissional dominante da representação em Saúde (MINAYO, 2004). Fez, ainda, com que outras profissões da Saúde, com exceção da Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, incorporassem o modelo biomédico de atenção, ou seja, a especialização e a relevância tecnológica no atendimento e a medicalização das doenças. Desta forma, os serviços de Saúde se tornaram, no dizer de Oliveira (1998), “equipecêtricos”, ou seja, a equipe de Saúde deixou de dar atenção ao indivíduo para se voltar a recursos tecnológicos e

conceitos ditos “científicos”, por acreditar terem mais valor do que aqueles trazidos pelo “leigo”.

No período pós Segunda Guerra Mundial, foi constituída uma sociedade “medicalizada”, ou seja, uma sociedade que acredita ser possível remediar por meio de elementos externos todo mal. Isso fez com que os indivíduos perdessem a capacidade de compreender e agir sobre si mesmos para adotarem comportamentos de obediência e resignação em relação àqueles que os fizeram acreditar serem os detentores do conhecimento de sua saúde (ADAM; HERZLICH, 2001).

Além do efeito danoso no corpo, a cultura da medicalização tem tornado o indivíduo incapaz de analisar seu adoecer, inábil em interpretar, administrar e reagir perante as adversidades, experiências e vivências. Essa maneira de lidar com a saúde, ou a falta dela, vai transferindo para demais situações da vida e gerando uma necessidade e dependência social a ponto de se procurar médico e remédio para tudo (TESSER, 2010). Na realidade, o que percebemos é uma ocidentalização dos costumes, ou seja, uma maneira de sufocar as terapêuticas surgidas culturalmente em detrimento às surgidas na Europa ocidental, com o discurso de torná-las “desenvolvidas” (XABA, 2005), caracterizando um sofisma, já que todas as sociedades estudadas até hoje pelos antropólogos apresentam um conjunto de padrões de comportamentos elaborados para se prevenirem do inesperado, como a doença, e do desconhecido, como a morte (MARCONI; PRESOTTO, 2010).

A maneira racional de pensar a saúde influencia tanto a população em geral como os profissionais da Saúde, pois acreditam, ou melhor, foram convencidos a acreditar que, a partir da obtenção do diploma profissional e o aval de uma instituição acadêmica, tornam-se autorizados a atuar sobre os efeitos gerados pela doença e, ao mesmo tempo, são aceitos como autoridades pelas pessoas doentes. Importante ressaltar que este conceito construído culturalmente procura persuadir a população de que qualquer outra prática que vise ao reestabelecimento da saúde, mas que não tem o reconhecimento “científico”, é considerada herege<sup>2</sup> — a exemplo da Homeopatia, Osteopatia e Acupuntura, entre outras terapias não convencionais, conforme denomina Ribeiro (2010), que sempre estiveram presentes, inclusive

---

<sup>2</sup> Utilizo esta expressão com o mesmo sentido de heresia, usada ao tratar das doutrinas contrárias aos dogmas das Igrejas, devido à rigidez que se tornou o conhecimento considerado científico dos estudos em Saúde.

muitas vezes procuradas como práticas de alcance à saúde através do processo natural e por apresentarem uma visão holística da mesma.

O modelo institucionalmente assumido na Saúde hoje tem se apresentado incapaz de alcançar a integralidade e a humanização no cuidado à saúde (OLIVEIRA, 2002). O conflito pelo qual esse setor tem passado parece estar no embate entre as mudanças sociais que surgem e o fato de que este modelo atende apenas parte do complexo sistema que é a saúde humana, pois atua na parte biológica, se apresenta inapto para lidar com as questões psicológicas e insuficiente nas resoluções de parte social do sujeito.

O que se tem percebido é que, ao tratar a pessoa como objeto sob o aspecto de referência biológica, desconsiderando os condicionantes históricos e sociais que baseiam os anseios, percepções e conhecimentos construídos pelo sujeito, esse modelo tem gerado insatisfação (MINAYO, 2004), tanto por parte dos indivíduos atendidos quanto de alguns profissionais que muitas vezes se sentem limitados nos trabalhos em Saúde.

Ainda que timidamente, podemos perceber que a disseminação do conhecimento sobre a saúde a qual a população pode ter acesso hoje tem estremecido o poder médico, que por muito tempo conseguiu manter a hegemonia dos conhecimentos na área (BOLTANSKI, 1989). Esta condição de dependência dos doentes para com os profissionais da Saúde que foi construída torna insustentável a abrangência e a qualidade de atendimento. O saber instituído não resulta em mudanças de comportamento apenas por trazer instruções normativas (GRAZZINELLI, 2005). Esta incoerência que o saber científico em Saúde resiste em defender diante às evidências está bem definida por Granzzinelli (2005), quando diz que

Há uma não correspondência entre o saber instituído e a mudança de comportamento, que estaria ligado ao fato que comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, crenças e sentimentos, não podendo, na maioria das vezes, ser modificado, valendo-se, unicamente, de novos conhecimentos (GRAZZINELLI, 2005, p. 202).

Problemas crescentes de saúde pública, negligência, imperícia médica, iatrogenia (efeito colateral das medicações prescritas) e demais questões incompatíveis com a vida, como depressão, alcoolismo, dependência química e

suicídio, são desafios que vêm pondo em “xeque” o modelo biomédico que, no dizer de Caprara e Franco (1999, p. 648), deveria passar a “trilhar um caminho diferente das outras ciências naturais [...] considerando fatores sociopolíticos determinantes no processo saúde-doença”.

Portanto, o trabalho em Saúde tem exigido conhecimentos mais profundos do ser humano, que encontra sentido no contexto. A compreensão de uma determinada doença difere entre o “leigo” e o profissional da Saúde (OLIVEIRA, 1998), “pois que a percepção e o relato sobre a dor são influenciados pela vivência cultural do doente, seu repertório linguístico, suas crenças e representações sobre o corpo e doença, suas experiências individuais e sua memória específica” (FERREIRA, 1994, p. 111).

Vale lembrar que apenas duas conquistas fundamentais da medicina contribuíram para a longevidade da espécie humana mais do que as tomografias computadorizadas e mesmo as grandes intervenções cirúrgicas: (1) a assepsia, nascida no século XIX, com Louis Pasteur (1822-1895), que se utilizou do microscópio para descobrir que microrganismos são responsáveis pela degradação da matéria orgânica e pelas infecções, fazendo-se necessária a higiene das mãos e do corpo; (2) o sanitarismo, com a adoção de regras de saúde pública e limpeza das cidades referentes aos focos das doenças transmissíveis (LOPES; SIMON, 2012). Isto leva a supor que as medidas efetivas para a obtenção da saúde são simples e possíveis por baixos custos. Quando se trata de doenças infecciosas, as condições ambientais e fisiológicas dos indivíduos são mais determinantes para a recuperação do que os medicamentos tão propagados pelos médicos (QUEIROZ, 1986).

Mesmo que o avanço da tecnologia e das ciências baseadas no modelo biomédico tenha contribuído satisfatoriamente para a obtenção e/ou manutenção da saúde, o modelo mecanicista e racional impregnado nas práticas de abordagem ao sujeito pelos profissionais da Saúde não tem correspondido às expectativas exigidas pela sociedade, sobretudo se a sociedade em questão tem características pluriculturais (SILVA *et al.*, 2000) — tal como a cidade turística de Foz do Iguaçu e sua característica de tríplice fronteira, o que contribui para aumentar a complexidade do trabalho em Saúde, exigindo dos profissionais da área, além da competência técnica e política, que sejam sensíveis a essa realidade plural. Assim como a grande São Paulo, Foz do Iguaçu é uma das cidades mais cosmopolitas do Brasil, reunindo mais de setenta diferentes nacionalidades distribuídas em seus duzentos e

cinquenta e seis mil e oitenta e oito habitantes (IBGE, Censo 2010), com a diferença que o espaço físico desta é consideravelmente menor que daquela, fator que determina a estreita convivência entre todos (PRIOTTO, 2008).

Entre os muitos desafios colocados aos profissionais da área da Saúde, inseridos em um contexto de fronteiras, há o de compreender aspectos que envolvem as diferenças culturais e suas representações<sup>3</sup>. A cultura<sup>4</sup> de um povo traz representação da saúde e da doença distantes do que nossa sociedade habitualmente considera (ALMEIDA, 2005).

Esse é um exemplo da necessidade do desenvolvimento de pesquisa sobre a influência das culturas nos aspectos da saúde, além de estimular profunda análise diante da realidade que tem sido a abordagem à saúde dos indivíduos, que, mesmo carregada de fundamentações teóricas trazidas por Canguilhem (1986), Foucault (1987) e Ginzburg (1989), na prática, a presença da insensibilidade perante a cultura da comunidade tem contribuído para a incapacidade de atingir os objetivos da Saúde (ALVES; MINAYO, 1994).

Com o surgimento das ciências humanas no século XIX, o conceito saúde passou a ser entendido como resultante de diversos fatores que mais tarde, em 1948, período pós-guerra, foram incorporados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “um completo bem-estar físico, psíquico e social e não somente a ausência de distúrbios ou doenças”. Também na Carta de Ottawa, documento apresentado pela primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, convencionou-se que saúde tem como fatores determinantes e condicionantes aspectos além dos relacionados com o setor, como alimentação, paz, moradia, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, definição esta apresentada na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, (BRASIL, 1990), baseada nos princípios holísticos da saúde<sup>5</sup>.

Neste aspecto, não seria possível caminhar por esta discussão sem recorrer à interdisciplinaridade. Graças às leituras advindas de outras áreas do conhecimento, foi possível submergir do modelo fechado de análise que provém somente do campo

---

<sup>3</sup> Representações são ideias que cada indivíduo faz sobre determinado assunto, baseado nas experiências vivenciadas e valores que carrega, categorias de pensamentos que ajudam expressar a realidade.

<sup>4</sup> Cultura entendida como sendo a orientadora dos pensamentos, sentimentos, ações e expressões do indivíduo (MINAYO, 2004).

<sup>5</sup> Saúde estudada como um fenômeno multidimensional pelo reencontro entre várias ciências e as tradições de sabedoria (TEIXEIRA, 1996).

da Saúde e conhecer outras formas de compreensão, um trabalho concebível somente em conjunto com o trabalho realizado em outras ciências (PRIGOGINE, 1994).

Como a Saúde representa um dos setores dominantes das sociedades, por abarcar fatores biopsicossociais condicionantes à sua efetivação (SILVA *et al.*, 2000), encontra nas diferenças culturais de Foz do Iguaçu mais um desafio a ser considerado.

O fato de esse setor apresentar uma dissonância entre os anseios das pessoas e aquilo que os profissionais têm a oferecer evidencia a não retroalimentação da “obrigação moral”, citada por Christians (2006, p. 152), dos indivíduos atuantes nesse processo dialógico — obrigação que somente será primada quando houver plena consciência da importância do outro nas relações sociais.

O contato com outras culturas cria possibilidades de identificação e ampliação cultural pelo convívio com o diferente, chamando ao exercício do reconhecimento da individualidade. Conforme afirma Christians (2006, p. 154), “com a hipótese inicial de que todas as culturas humanas possuem algo importante a dizer, a pesquisa em ciência social reconhece valores culturais específicos consistentes com a dignidade humana”. Desta forma, o profissional que tem a oportunidade de vivenciar relações pluriculturais pode refletir que a sua construção de saúde e doença moldada pela formação acadêmica não é a única e nem a ideal, porque a produção do conhecimento é dinâmica e a percepção da realidade pelos indivíduos está permeada por fenômenos também dinâmicos e complexos. A percepção de saúde de cada indivíduo está relacionada com sua percepção de vida, que por sua vez se dá em contextos contraditórios, marcados por diferenças sociais, econômicas, individuais e culturais (PERNA; CHAVES, 2008).

Além das estratégias desenvolvidas para o alcance da saúde, cabe ao profissional refletir quanto às forças sociais que limitam as condutas de saúde (PEREIRA, 1992). Por meio de um entendimento crítico do contexto social, com base na visão ampliada da saúde proposta pelos princípios holísticos e atenta a essa situação, o problema de pesquisa — a limitação do modelo vigente nas práticas de Saúde diante das mudanças sociais na atualidade — fora transformado em questões que serão respondidas ao longo da presente dissertação. Tais questões “contribuem para apontar ao pesquisador os caminhos que vai percorrer

ao longo do seu trabalho” (BORTONI-RICARDO, 2008, p. 52). Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer **como os profissionais da Saúde no cenário pluricultural de fronteira constroem, em suas práticas discursivas, representações sobre saúde-doença.**

Mas, para que fosse possível delimitar melhor o caminho desta pesquisa, foram elaboradas duas subperguntas:

- a) Como foi sendo (re)significado o conceito de saúde e doença e qual o papel da interdisciplinaridade no contexto atual?
- b) Como as representações sobre diferenças culturais influenciam em suas práticas profissionais?
- c) Quais representações são construídas pelos profissionais da Saúde sobre a saúde e a doença?

Para responder às perguntas de pesquisa, o trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro, procura-se apresentar as informações gerais, os princípios da pesquisa qualitativa e a importância da ética, os métodos utilizados, a geração de registros e o cenário: local e participantes. No segundo capítulo, inicialmente, apresento o histórico do conceito de saúde e doença, para depois tratar da influência da diversidade, presente na cidade de Foz do Iguaçu, nas práticas dos profissionais da Saúde. No terceiro capítulo, são apresentadas as representações de saúde e de doença que os entrevistados relataram, e, finalmente, no quarto capítulo, discute-se a relevância da interdisciplinaridade para o contexto atual de saúde e a consonância das narrativas dos profissionais entrevistados referentes às suas práticas na fronteira.

## **CAPÍTULO I - QUESTÕES METODOLÓGICAS E CONTEXTO**

Neste capítulo, inicialmente são apresentados os princípios da pesquisa qualitativa/interpretativista, bem como os métodos utilizados que norteiam tanto a geração de dados como a análise. Finalmente, são abordados o cenário da pesquisa e seus participantes.

### **1.1 PRINCÍPIOS DA PESQUISA QUALITATIVA/INTERPRETATIVISTA**

Com a preocupação em registrar a experiência humana através de uma compreensão interpretativista, busco apoio na afirmação de Denzin & Lincoln (2006, p. 390) de que “a pesquisa qualitativa é um campo interdisciplinar [...], que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas”, buscando o compromisso com o outro através da interação.

A investigação interpretativista, na visão de Lincoln e Guba (2006), tem como base tornar evidente a subjetividade humana em cada ação, considerando significativa a intenção do sujeito na construção do conhecimento, uma vez que diferenciam a ação social dos objetos físicos e consideram fundamental a interpretação, por ser um processo importante para que o investigador seja capaz de compreender a mensagem que o indivíduo procurou revelar na ação.

Este movimento que se estabelece nas ciências procura dar voz ao que estava à margem e na fronteira e enaltecer o local, o que traz sentido e o que é considerado sagrado para o investigado. Desta forma, Denzin e Lincoln (2006) declaram que tem se tornado cada vez mais evidente que a separação entre ciência e religião, ideologicamente afirmada no Iluminismo, não passou de sofisma, porque, na prática, a religião sempre esteve ligada à ciência.

As formas rígidas e firmes imitadas da geometria eurocêntrica dão lugar a formas mutáveis e o todo é novamente reconstituído em um contorno inovado (DENZIN; LINCOLN, 2006). A ênfase da investigação deixa de se preocupar com a categorização dos agentes e passa a refletir seus valores, respeita as formas de

viver em comunidade sem esperar que obedeça o formato ocidental e reflete como nossas próprias investigações são influenciadas por nossas posições sociais (BILLINGS, 2006). São instrumentos emancipatórios, que trazem a “emancipação do escutar apenas as vozes da Europa Ocidental, emancipação de geração de silêncio e emancipação de enxergarmos o mundo em uma cor. Podemos estar entrando em uma era de maior espiritualidade dentro do esforço de pesquisa” (BILLINGS, 2006, p. 190).

Por isso Christians (2006) usa o termo “missão da pesquisa” como meio de afirmar que a ciência social, do qual originou o paradigma interpretativista, vem possibilitando que as pessoas desenvolvam a capacidade individual de raciocinar e tomar decisões próprias. E esta capacidade compartilhada por diversos pontos de vista de uma determinada situação social propicia reciprocidade e compreensão, que constituem a “ordem moral”. Desta forma, a pesquisa qualitativa supera os tradicionais dualismos, mente-corpo, razão-intuição, pensador-agente e incentiva que as pessoas aprendam a lidar com as complexidades e reconheçam que há valores culturais específicos que precisam ser respeitados pela condição de dignidade humana universal,

O desafio contemporâneo da diversidade cultural acabou atraindo atenção, impossibilitando soluções fáceis [...] o procedimentalismo liberal não consegue entender a essa necessidade humana vital [...] insistindo na neutralidade e sem metas coletivas, produz na melhor das hipóteses, a liberdade pessoal, a segurança e a proteção econômicas entendidas em termos homogêneos (CHRISTIANS, 2006, p. 153).

Se antes o modo de conhecimento sugerido pelo Iluminismo era simples e puro, possível de ser submetido à leis naturais para busca da verdade e eleito como a única forma legítima de observar o mundo, hoje, o processo de compreensão do mundo requer um trabalho ativo, que se coloque como mais uma forma, entre tantas, de observar o mundo (BILLINGS, 2006).

Billings (2006) aponta que a aplicação desta proposta nas ciências tem encontrado resistência, porque o modo de pensamento dominante infiltrou em tudo desde a biologia humana até a arte de governar. Escolas, sociedades e quaisquer outras formas de produção do conhecimento são planejadas para que indivíduos internalizem a visão de mundo dominante. Na Saúde, o modelo biomédico de

doença, que aborda o indivíduo como uma entidade física mecanicista que pode ser medida, controlada e manipulada, segue a lógica positivista que pressupõe que a realidade é concreta e a objetividade é possível, que a ciência transcende às ideologias e seus partidários posicionam-se como os primeiros iluministas na função de “iluminar” as massas (BROOM; WILLIS, 2006).

Portanto, contrário ao modelo predominante na Saúde, discuto aqui a representação de saúde e de doença, com a intenção de destacar que esta construção individual é tão relevante quanto a forma como se apresenta o quadro provocado pela doença. Por este motivo, no presente trabalho, utilizo o paradigma interpretativista como metodologia da pesquisa qualitativa, com seu “conjunto de práticas materiais interpretativas que dão sensibilidade ao mundo” (DENZIN, 2006, p.17), por apresentar-se como instrumento que ultrapassa as barreiras do concreto, do numeral, do ser como objeto e considera “a subjetividade do pesquisador e dos estudados parte do processo de pesquisa” (FLICK, 2009, p. 25).

A busca das narrativas dos sujeitos através das entrevistas faz-se pelo interesse em conhecer o caráter particular que estes estão dando ao mundo e suas posições políticas na comunidade em que se inserem (SILVERMAN, 2009). Desta forma, ao utilizar a metodologia qualitativa, tendo a preocupação em entender a vida das pessoas, experiências, trocas e significados subjetivos, busco me posicionar como aquele que irá dar evidência ao pesquisado através das interpretações subjetivas (BROOM; WILLIS, 2006), procurando a identificação empática ao estabelecer o desejo de compreender as crenças, os valores, os pensamentos que norteiam as ações daqueles indivíduos, como meio de demonstrar que a investigação qualitativa (BILLINGS, 2006) é também um instrumento de transformação mútua pelo simples encontro — suposição que se corrobora com a descrição de Lincoln e Guba (2006) sobre o momento pós-moderno:

Não existe uma “verdade” única, todas as verdades não passam de verdades parciais, [...] as identidades são mutáveis em vez de estáveis, nos conduz inevitavelmente, em direção ao insight de que não haverá nenhum paradigma “convencional” único ao qual todos os cientistas sociais possam referir-se em termos e com compreensão mútua (LINCOLN, 2006, p. 189).

O modo como o indivíduo enxerga o mundo é influenciado pelo conhecimento que possui, bem como a propensão em adquirir novos conhecimentos está

diretamente ligada à sua visão de mundo (LINCOLN, 2006). Por esta razão, não encontraremos a verdade única, pois cada sujeito elabora, vivencia e divulga a sua verdade, cabendo ao pesquisador adentrar nesse universo particular e tentar estabelecer as trocas a partir daí: “O ponto central encontra-se no compromisso humanista do pesquisador qualitativo de estudar o mundo sempre a partir da perspectiva do indivíduo situado historicamente e em interação social” (BILLINGS, 2006, p. 382).

### 1.1.1 Ética na pesquisa

A partir desta intenção é possível compreender a ética social referida por Christians (2006). De acordo com o autor, para que se estabeleça a ética social, é necessária a integração dos julgamentos morais a partir da experiência cotidiana de que as pessoas compartilham contextualmente seus limites culturais, raciais e históricos. Somente através da convivência, do acúmulo de sabedoria, da reintrodução do amor, felicidade, compaixão, beleza e da aceitação do outro é possível a ação moralmente adequada. Portanto, a ética tem por finalidade a comunidade.

Nascemos dentro de um universo sociocultural onde os valores, os compromissos morais e os sentidos existenciais são dialogicamente negociados. A satisfação nunca é alcançada de maneira isolada, mas somente por meio do elo humano no epicentro da formação social. [...] Os agentes da moral precisam de um contexto de compromissos sociais e de laços na comunidade para avaliar o que é valioso. Não se pode determinar isoladamente o que vale a pena preservar como bem, podendo este ser apenas apurado dentro de situações sociais específicas (CHRISTIANS, 2006, p.152).

Conforme o autor, aquilo que em determinado momento e local é considerado moralmente correto pode variar ou se tornar impreciso, tratando-se, portanto, de um problema prático, cuja solução pode se dar por meio de discussões interativas e no esclarecimento de pontos confusos. Entretanto, declara que esse movimento é ampliado à medida que recuperamos nossa “essência humana mais profunda”,

através da religiosidade remodelada, ou seja, a religião do coração e não a que segue dogmas e rituais externos.

Com base em todos estes preceitos apontados, buscando defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, aqui apresentada em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, reunião ordinária de 25 de abril de 2013, tendo sido considerado aprovado, sob parecer nº 058/2013 (ANEXO A).

Nenhum dos entrevistados teve o nome divulgado, fora apontada somente a profissão que exercem para auxiliar na análise dos dados.

Importante destacar que sempre primei pela conduta ética para com os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, bem como para com os órgãos que cederam informações e dados presentes no trabalho, como também deixei registrada a presteza com que os agentes das instituições procuradas atenderam com acessibilidade.

Seguindo as exigências contidas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), as entrevistas somente foram iniciadas após a aprovação do projeto pelo CONEP e após o esclarecimento sobre a pesquisa e a autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) junto aos entrevistados, tendo havido a preocupação de retornar aos participantes as interpretações e conclusões, para que avaliassem e pudessem verificar se havia alguma interpretação que consideravam inadequada.

## 1.2 OS MÉTODOS UTILIZADOS E A GERAÇÃO DE REGISTRO

As entrevistas tiveram início em 12 de junho de 2013. Nesse período, foram realizadas três entrevistas como amostra inicial, para indicar se “as narrativas” (conf. MENESES, 2005) estavam respondendo ao questionamento proposto, e, logo após, foram realizadas as demais para transcrição e análise das categorias reveladas. As entrevistas foram direcionadas por um roteiro, abordando questões sobre saúde, doença e aspectos culturais na prática em Saúde, para que o participante da

pesquisa desvendasse seu pensamento baseado no relato das experiências e nas percepções que construiu para si sobre o assunto abordado. Meneses (2005) defende a narrativa como forma de geração de registros:

A preferência pela narrativa pessoal permitiu apresentar o processo de construção do “eu” particular de cada sujeito, avaliando as subjetividades de apreciação de cada um dos narradores; parte da análise do fenômeno, e não do fenômeno em si, gerando muitas questões que ficaram por explorar. Isto obrigou um desvio pelo campo interpretativo do próprio conceito de saúde. (MENESES, 2005, p. 428).

As entrevistas eram gravadas em áudio, com a anuência dos participantes, e eram iniciadas somente após as explicações sobre as questões que seriam abordadas e a entrega do TCLE, que, depois de lido, era assinado sem questionamentos. Ao término das gravações, era enfatizado pelo pesquisador o agradecimento por terem aceitado participar da pesquisa.

Três dos entrevistados foram procurados novamente para levantar questões que não foram abordadas no primeiro contato.

O total das entrevistas gerou pouco menos de três horas e meia gravação. Também foi utilizado o diário de campo para registrar as observações consideradas relevantes. O diário de campo possibilita o registro das reflexões que surgem no decorrer da pesquisa, uma documentação das atividades diárias, que se transforma em sistema de informação, avaliação e de planejamento (LIMA *et al.*, 2007).

A escolha pela entrevista semiestruturada foi por ser esse um instrumento que possibilita que a voz do sujeito seja registrada como sua representação da visão de mundo (SILVERMAN, 2009). A formulação de perguntas de pesquisa refere-se à definição de entrevista semiestruturada, que se utiliza de um roteiro prévio para direcionamento da entrevista, mas que, ao mesmo tempo, permite emergirem no decorrer da entrevista questões momentâneas, possibilitando um diálogo mais livre (MINAYO, 2004).

Usar a pesquisa qualitativa como método para este trabalho foi uma escolha baseada na preocupação em conhecer o que o outro sabe a respeito do tema que estamos propondo estudar, para conhecermos qual a posição em que se coloca em relação ao mundo (SILVERMAN, 2009). Analisar o estudo a partir das falas dos

profissionais da Saúde tem como intuito entender quais representações constroem em torno dos conceitos de saúde e de doença.

Particularmente nessa pesquisa, as questões que envolvem a saúde foram incluídas como fator importante no processo do conhecimento. O registro das falas dos participantes da pesquisa foi obtido pela gravação em áudio e, posteriormente, foi realizada a transcrição das gravações para auxiliar na interpretação dos dados, especificamente para propósitos de pesquisa.

O diário de campo possibilitou o registro das reflexões que foram surgindo no decorrer da pesquisa, constituindo uma documentação das atividades diárias que se transformam em sistema de informação, de avaliação e de planejamento (LIMA *et al.*, 2007).

Para a pesquisa, foi proposta uma interpretação dos discursos dos participantes, ressaltando que em um novo encontro poderiam conhecer o texto final, analisá-lo e posteriormente autorizar, ou não, sua divulgação.

### **1.2.1 Caminhos percorridos e informações encontradas**

Buscar saber quais as nacionalidades presentes em Foz do Iguaçu foi a preocupação inicial da pesquisa, e o primeiro dado constatado foi a informação duvidosa sobre o valor real do número de etnias existentes no município. Após recorrer à Prefeitura Municipal e à Secretaria de Turismo, a orientação foi para que se procurasse o Setor de Registro de Estrangeiros (SRE) da Delegacia da Polícia Federal de Foz do Iguaçu, órgão responsável pelo registro de estrangeiros e que define a situação jurídica desses no Brasil.

Na oportunidade, o agente também esclareceu que, embora os meios de comunicação e publicidade do município apliquem o termo “etnia” para divulgar essa característica de pluralismo cultural da cidade, a denominação correta é “nacionalidade”, uma vez que etnia abrange o sentido de comunidade, cujos membros apresentam características afins (FALLER, 2011), e nacionalidade é um dos fatores culturais que os membros de determinada etnia apresentam. Portanto, se registrado em Foz do Iguaçu um estrangeiro vindo da Grécia, por ele ser apenas um, não significa que há uma etnia grega, visto que para isso precisaria existir um

conjunto de pessoas vindas daquele país. Uma maior divulgação desta informação é imprescindível para que se tenha a descrição real da cidade com relação ao número de etnias e de nacionalidades existentes.

A seguir, o número de estrangeiros e suas respectivas nacionalidades em caráter permanente no país, ou seja, estrangeiro que pretende se fixar definitivamente no Brasil<sup>6</sup> e que cumpriu o prazo de dois anos como estrangeiro temporário<sup>7</sup>.

Tabela 1 – Número de estrangeiros e nacionalidade registrados em Foz do Iguaçu no ano de 2013.

<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>
1. Alemanha	35	28. França	28	55. Paraguai	3824
2. Alto Volta	01	29. Grã-Bretanha	93	56. Peru	108
3. Angola	01	30. Grécia	05	57. Polônia	88
4. Apátrida	10	31. Guiné Bissau	01	58. Portugal	122
5. Argélia	04	32. Holanda	05	59. Egito	10
6. Argentina	65	33. Hong-Kong	02	60. África do Sul	01
7. Austrália	05	34. Índia	81	61. El Salvador	01
8. Áustria	03	35. Indonésia	02	62. Haiti	01
9. Bangladesh	50	36. Iran	04	63. Rep. Dominicana	01
10. Bélgica	03	37. Iraque	03	64. China	1314
11. Birmânia	01	38. Irlanda	01	65. Rep. Tcheca	01
12. Bolívia	103	39. Israel	02	66. Romênia	03
13. Cabo Verde	02	40. Itália	40	67. Rússia	03
14. Canadá	66	41. Japão	56	68. Senegal	01
15. Chile	155	42. Jordânia	49	69. Sérvia	01
16. Colômbia	94	43. Letônia	02	70. Sérvia/Montenegro	02
17. Coréia do Sul	277	44. Líbano	60	71. Singapura	01
18. Costa do Marfim	02	45. Líbia	01	72. Síria	85
19. Costa Rica	02	46. Malásia	13	73. Suécia	09
20. Croácia	01	47. Marrocos	06	74. Suíça	27
21. Cuba	07	48. México	15	75. Turquia	02
22. Dinamarca	01	49. Nicarágua	01	76. Ucrânia	02
23. Equador	13	50. Noruega	03	77. Uruguai	143
24. Espanha	59	51. Nova Zelândia	01	78. Venezuela	14
25. E.U.A.	57	52. Palestina	20	79. Vietnã do Norte	01
26. Etiópia	01	53. Panamá	02	80. Vietnã do Sul	01
27. Filipinas	05	54. Paquistão	10		

Fonte: Brasil (2013a).

O dado informa que há onze mil, cento e cinco estrangeiros residentes em

<sup>6</sup> Art. 16 da Lei nº 6.815, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6815.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2013.

<sup>7</sup> Informação dada pelo agente da Polícia Federal do SRE de Foz do Iguaçu.

Foz do Iguaçu, naturais de setenta e nove países, com exceção de dez estrangeiros apátridos registrados.

Retomando a pesquisa, meu conhecimento prévio da área da Saúde facilitou o acesso tanto à busca de dados nas instituições de atendimento à saúde, quanto aos participantes da pesquisa. Inicialmente, procurei saber quais desses locais atendiam pessoas de outras nacionalidades e se havia registro sobre esta informação.

Foi constatado que o atendimento a pessoas de outras nacionalidades ocorre com mais frequência no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Hospital Unimed e Hospital Cataratas, por meio de atendimentos por convênios ou atendimentos privados. Embora a unidade de pronto atendimento Morumbi I seja local de referência para atendimento a turistas que visitam as Cataratas, a rede de atendimento à saúde do município não apresenta subsídios para o atendimento a pessoas que não são portadoras de documentação brasileira. Esta situação revela um conflito antigo e marcante no setor da Saúde do município. Conforme destaca Albuquerque (2012),

Os fluxos migratórios e turísticos para a região têm produzido um aumento significativo de uma “população flutuante” no município e essa população tem utilizado sistema público de saúde (imigrantes nacionais e internacionais, turistas, estudantes de outros estados e países, a população fronteiriça do Paraguai e, em menor quantidade, da Argentina) (ALBUQUERQUE, 2012, p. 192).

O sistema público de saúde do município é financiado pelo Governo Federal, acrescido dos recursos próprios arrecadados, previsto na Constituição Federal de 1988, na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O repasse da verba federal e de outras esferas de governo é feito pelo número de habitantes que constam nos dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porém, esta “população flutuante” não é registrada no censo, não havendo repasse de recursos para a administração de Foz do Iguaçu.

Além da presença dos estrangeiros que buscam fixar residência em Foz do Iguaçu, a cidade lida com a questão dos turistas e dos “brasiguaios”, brasileiros que se deslocaram para o Paraguai (PIRES-SANTOS, 2004) e mantêm dupla nacionalidade.

Parte da pesquisa em andamento de Albuquerque (2012) revela a

problemática da falta de políticas públicas que prevejam a solução para gerência destes municípios de fronteiras. Declara que os acordos firmados pelos países do MERCOSUL<sup>8</sup> aumentam os problemas enfrentados tanto no acesso, quanto aos aspectos de vigilância sanitária, levando a impactos negativos nos serviços de saúde. Esclarece que os secretários de Saúde dos municípios de fronteira se veem em um impasse entre a legislação do SUS, que não se refere ao acesso de estrangeiros ao sistema e o texto legal de direito universal à saúde<sup>9</sup>, além do Estatuto do Estrangeiro<sup>10</sup> — impasses que ficam na dependência de decisões pessoais dos gestores e provocam insegurança aos estrangeiros que não sabem se podem contar com o atendimento no momento da doença.

Os responsáveis pelo atendimento da Unidade de Saúde do Jardim América e do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, que são referências para atendimento de “brasiguaios”, relatam que os profissionais da Saúde constantemente vivem o dilema entre obedecer às ordens administrativas e prestar atendimento ao ser humano, uma vez que o projeto de construção do hospital municipal fora voltado para atender à população de Foz do Iguaçu e aos “brasiguaios”, porém com recursos insuficientes para cobrir as despesas dos atendimentos feitos a pessoas de outras nacionalidades. É a revelação do “registro público do não atendimento e o registro escondido dos atendimentos não publicados nas estatísticas do setor de Saúde” (ALBUQUERQUE, 2012, p. 196).

A tabela a seguir aponta registros do Hospital Municipal Padre Germano Lauck sobre o número de pessoas de outras nacionalidades que foram atendidas no ano de 2012.

---

<sup>8</sup> O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) é um amplo projeto de integração concebido por Argentina, Brasil, Paraguai, e Uruguai. Envolve dimensões econômicas, políticas e sociais. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/perguntas-mais-frequentes-sobre-integracao-regional-e-mercosul-1/sobre-integracao-regional-e-mercosul/>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

<sup>9</sup> Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2013.

<sup>10</sup> Art. 95. O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6815.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2013.

Tabela 2 – Número de pessoas de outras nacionalidades atendidas no Hospital Municipal no ano de 2012.

<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>
Alemã	09	Italiana	08
Argentina	131	Japonesa	06
Belga	10	Libanesa	31
Boliviano	74	Não informado	1645
Brasileiro naturalizado	31	Norte Americana (USA)	05
Britânica	53	outros Asiáticos	10
Chileno	16	Kuaitiano	01
Chinesa	15	Mexicano	02
Colombiano	06	Paraguaia	723
Coreana	01	Peruano	05
Espanhola	04	Suíça	02
Francesa	03	Uruguaio	21
<b>Total de Brasileiros: 84.256</b>		<b>Total outras Nacionalidades: 1.167</b>	

Fonte: Hospital Municipal

Os registros apontam que, no ano de 2012, dos oitenta e quatro mil, duzentos e cinquenta e seis atendimentos realizados, mil cento e sessenta e sete foram de pessoas de outras nacionalidades, número bastante considerável para não constar no recebimento repassado pelo SUS.

Nos hospitais que fazem atendimento a esta parcela da população, foi possível levantar, ainda sobre o ano de 2012, o número de pessoas de outras nacionalidades atendidas, dados que dão uma projeção da quantidade de estrangeiros que circulam pelo setor de Saúde da cidade.

Tabela 3 – Número de pessoas de outras nacionalidades atendidas no Hospital 1 no ano de 2012.

<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>
Alemã	31	Italiana	51
Árabe	125	Japonesa	68
Argentina	1525	Libanesa	936
Belga	61	Não informado	17432
Boliviano	55	Norte Americana (USA)	25
Brasileiro naturalizado	1177	outros Asiáticos	21
Britânica	91	outros Europeus	20
Canadense	33	outros Latino-Americanos	4
Chileno	108	Paraguaia	8314
Chinesa	1139	Peruano	14

Continua

<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>
Colombiano	14	Portuguesa	168
Coreana	125	Suíça	7
Equatoriano	7	Suriname	2
Espanhola	87	Uruguaio	86
Francesa	8	Venezuelano	10
<b>Total de Brasileiros: 313.655</b>		<b>Total outras Nacionalidades: 14.312</b>	

Fonte: Hospital 1.

Os dados indicam que, no ano de 2012, dos trezentos e treze mil, seiscentos e cinquenta e cinco atendimentos realizados, quatorze mil, trezentos e doze foram de pessoas de outras nacionalidades. Importante lembrar que estes dados são uma amostra, não revelando o número real, pois, conforme observa o responsável por essas informações, o campo 'nacionalidade' não é obrigatório no sistema utilizado pelo hospital, gerando, assim, um quantitativo significativo de "não informado", conforme aparece na tabela.

A tabela a seguir revela uma amostragem do hospital 2, que também atende um número considerável de pessoas de outras nacionalidades.

Tabela 4 – Número de pessoas de outras nacionalidades atendidas no Hospital 2 no ano de 2012.

<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>
Libanês	1445	Boliviano	10
Paraguaio	614	Britânico	10
Chinês	303	Peruano	9
Naturalizado brasileiro	119	Chileno	8
Outros	113	Belga	5
Argentino	73	Italiano	5
Japonês	46	Uruguaio	4
Coreano	42	outros Asiáticos	3
Português	37	Frances	2
Alemão	35	outros Latino-Americanos	2
Norte americano (usa)	22	Suíço	2
Colombiano	21	Equatoriano	1
Canadense	12	Mexicano	1
<b>Total de Brasileiros: 29.253</b>		<b>Total outras Nacionalidades: 2.742</b>	

Fonte: Hospital 2.

Os dados levantados apontam que, no ano de 2012, dos vinte e nove mil, duzentos e cinquenta e três atendimentos realizados, dois mil, setecentos e quarenta e dois foram de pessoas de outras nacionalidades. É possível perceber também o número expressivo de nacionalidades não informadas no item “Outros”, podendo classificar a informação trazida neste dado como uma amostragem.

O terceiro hospital procurado não apresenta registro por nacionalidades nos cadastros dos sujeitos atendidos. Segundo a informante deste estabelecimento, a quantidade de pessoas de outras nacionalidades não é expressiva, mas pontuou a predominância dos árabes no atendimento do hospital.

O total de entrevista foram dez. Sobre as informações geradas nas três primeiras, não ficou certo se elas responderiam ou não às perguntas propostas na pesquisa. Percebi que algumas questões deveriam ser excluídas, por não trazerem informações relevantes, e outras deveriam ser mais bem elaboradas, para trazer, posteriormente, clareza às análises conforme registro em Diário de campo.

Durante as entrevistas seguintes, cada vez que o entrevistado revelava algo interessante, eu buscava detalhar mais aquela informação. Por exemplo, quando questionados sobre qual era a definição de doença, as respostas foram apenas a inversão do que já haviam respondido a respeito do que consideravam como sendo a representação de saúde. Alterei, então, a pergunta para: *Considera que as pessoas adoecem de mesma forma?* Assim, as respostas obtidas foram mais consistentes para análise.

Também aspectos quanto ao perfil da cidade para o trabalho em saúde foram adicionados ao questionário, por se revelarem importantes.

### **1.2.2 Para análise dos dados**

O método de análise dos dados foi baseado no paradigma interpretativista, método característico da pesquisa qualitativa, que tem como “compromisso a interpretação das ações sociais e com o significado que as pessoas conferem a essas ações na vida social” (BORTONI-RICARDO, 2008, p. 34), como já mencionado.

É certo que a análise dos dados não foi feita com imparcialidade, já que faço

parte do contexto pesquisado e minha visão de mundo, baseada nas experiências vivenciadas como profissional da Saúde e como moradora da cidade de Foz do Iguaçu, influenciou no trajeto traçado pela pesquisa. Como bem afirma Bortoni-Ricardo (2008, p. 59) “o pesquisador não é um relator passivo e sim um agente ativo na construção do mundo”.

### 1.3 O CENÁRIO DA PESQUISA

Este tópico revela o local da investigação e quem foram os participantes.

#### 1.3.1 A cidade de fronteira

A escolha do local da pesquisa não foi posterior à escolha do tema, pelo contrário, o perfil da cidade turística e de tríplice fronteira é que motivou a investigação proposta na pesquisa, por apresentar a peculiaridade quanto ao contato dos profissionais da Saúde com sujeitos de diversidade cultural — além de ser minha cidade de origem e onde resido.

Foz do Iguaçu está localizada no extremo Oeste do Estado Paraná, na fronteira com o Paraguai e Argentina. Conta noventa e nove anos e é a quinta maior cidade do Paraná<sup>11</sup>. As suas fronteiras naturais são o rio Iguaçu, que corta o Parque Nacional do Iguaçu, onde se encontram as Cataratas do Iguaçu, e o rio Paraná, onde foi construída a maior hidrelétrica do mundo, a Usina Hidrelétrica de Itaipu.

Além dos atributos naturais que possibilitaram transformá-la em uma cidade turística, apresenta a peculiaridade de acolher mais de setenta nacionalidades, principalmente árabes e asiáticos que, a partir da década de 80, perceberam o desenvolvimento próspero do turismo de compras em Ciudad Del Este, no

---

<sup>11</sup> Site Iguassu Convention & Visitors Bureau. Disponível em: <<http://www.iguassu.com.br/conheca-a-cidade-de-foz-do-iguacu>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

Paraguai<sup>12</sup>. Foz do Iguaçu está delimitada geograficamente em uma área de 617,700 km<sup>2</sup> e não há guetos separados demarcando determinada nacionalidade; estão distribuídas por vários bairros da cidade, fator que determina relativa proximidade entre todas (MARTINO, 2010) — uma das principais particularidades que as instituições públicas e setores de turismo utilizam para sustentar a ideia de terra de “todos nós” (SILVA, 2008).

O impacto repentino causado na cidade de Foz do Iguaçu pela construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu na década de 70 modificou, de maneira determinante, o perfil físico e social da região, que até então era tida basicamente como núcleo militar de controle às fronteiras. Em 1975, de vinte mil habitantes, a população passou para cento e um mil, quatrocentos e quarenta e sete habitantes<sup>13</sup> em apenas dez anos, e em 2010, no último censo realizado pelo IBGE, a cidade passou a ser composta por duzentos e cinquenta e seis mil moradores.

A migração foi intensa no período entre 1978 e 1981, com até cinco mil pessoas contratadas por mês. No pico da construção da barragem, a Itaipu mobilizou diretamente cerca de quarenta mil trabalhadores no canteiro de obras e nos escritórios de apoio no Brasil e no Paraguai<sup>2</sup>. Pessoas vindas principalmente da região sul e sudeste do Brasil instalaram-se na cidade; muitos desses trabalhadores continuaram residindo com suas famílias no município e passaram a morar nas vilas construídas pela Itaipu, denominadas como Conjunto Habitacional A, Conjunto Habitacional B, Conjunto Habitacional C e nos bairros ao entorno. A estrutura que foi construída para abrigar essa população, como meios de acesso, escolas, hospital, atraiu também “pessoas que vislumbravam uma cidade com oportunidades de novos empreendimentos comerciais, industriais e de prestação de serviços que viessem atender às necessidades da população que ali se instalava” (FALLER, 2011, p. 79).

Na área da Saúde, o município conta com quatro hospitais, nove unidades de Saúde da assistência especializada e vinte e nove unidades de Saúde da atenção básica. Quanto ao número de profissionais da Saúde, encontramos o seguinte dado:

---

<sup>12</sup> Site oficial da Prefeitura de Foz do Iguaçu <<http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal2/home/cronologia.asp>>. Acesso em: 18 out. 2011.

<sup>13</sup> Site oficial da Itaipu Binacional <<http://www.itaipu.gov.br/nossa-historia>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

Tabela 5 – Número de profissionais da Saúde no município de Foz do Iguaçu em 2011.

<b>Profissionais</b>	<b>Total</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Total</b>
Agente Comunitário de Saúde	270	Engenheira Sanitarista	02
Agente de Endemia	114	Farmacêutico-Bioquímico	14
Assistente Social	14	Fisioterapeuta	05
Atendente Dentário	26	Fonoaudiólogo	08
Auxiliar Dentário	21	Médico	170
Auxiliar de Enfermagem	188	Médico Veterinário	04
Biólogo	01	Nutricionista	02
Biomédico	03	Psicólogo	17
Cirurgião Dentista	63	Técnico de Enfermagem	151
Enfermeiro	76	Técnico de Higiene Dental	08

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

### 1.3.2 Definição dos participantes

Os participantes foram aqueles que aceitaram o convite, com exceção de um convidado, que por questões de compromisso profissional não conseguiu participar.

A participação voluntária é fundamental para a geração de registros, de modo que contribuam com suas experiências, por meio das narrativas. Conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), toda pesquisa que envolve seres humanos, obrigatoriamente, deve atender a esse preceito.

Entre as treze profissões de Saúde de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>14</sup> — Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais — foram entrevistados dez profissionais representantes de cinco delas: três Enfermeiros, dois Fisioterapeutas, um Fonoaudiólogo, dois Médicos e dois Nutricionistas. O critério de escolha de apenas profissionais que atuam nessas cinco profissões teve como motivação suas características de englobarem três aspectos que interferem na saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, que são: o físico, o psicológico e o social. As demais têm suas práticas voltadas mais especificamente para um ou dois dos fatores citados acima.

Quanto ao número de participantes, embora houvesse uma estimativa de

<sup>14</sup> Resolução N.º 218, DE 6 DE MARÇO DE 1997.

acordo com o tempo disponível para a realização da pesquisa, não foi predeterminado. Ao final da décima entrevista, foi possível perceber a recorrência de alguns aspectos e, então, considerei ter alcançado os objetivos propostos, seguindo a orientação de Flick (2009), para quem a geração de registros é suficiente quando ocorrer a repetição ou a ausência de dados.

Não houve um local específico para a realização do estudo, visto que o interesse da pesquisa não está relacionado com o local de atuação do profissional, mas, sim, com a sua concepção de saúde e doença, uma percepção que o profissional constrói individualmente ao longo de suas experiências profissionais. Dessa forma, as entrevistas ocorreram em locais solicitados pelo entrevistado: trabalho, residência, locais que permitissem maior comodidade.

A preocupação que norteou esta pesquisa, tanto no contato com o sujeito da pesquisa quanto pelo tema proposto, foi o respeito pelo ser humano e a busca por um propósito maior do que o conhecer para si. Tal como recomenda Fine (*et al.*, 2006, p. 137) “as reflexões sobre nossas responsabilidades sociais como pesquisadores sociais devem pontuar todos os textos que produzimos”, buscando assumir a responsabilidade social, distante da neutralidade e imparcialidade na pesquisa.

## **CAPÍTULO II - HISTÓRICO DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA E O PAPEL DA INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO ATUAL**

Retomo, neste capítulo, a historicização do conceito de saúde e doença e os princípios holísticos na Saúde para um melhor entendimento das narrativas e apresento a análise sobre o papel da interdisciplinaridade nas práticas de Saúde dos participantes da pesquisa.

### **2.1 HISTORIZAÇÃO DO CONCEITO SAÚDE-DOENÇA**

É possível encontrar vários livros, artigos e pesquisas que descrevem o desenvolvimento do conceito de saúde e doença no ocidente e como ele foi determinado de acordo com o processo do conhecimento humano, das elaborações místicas e sobrenaturais dos povos primitivos às tentativas de enquadrá-lo como algo que possa ser controlado e manipulado nas chamadas civilizações modernas. Porém, nos primeiros anos do século XXI, quando o assunto é a saúde do ser humano e a investigação das possíveis causas que o tornam doente, podemos perceber que todos os conceitos até hoje elaborados coexistem no presente e influenciam-se mutuamente.

As tentativas de estabelecer um modelo de atuação em Saúde, nascido na Europa no início do século XIX sob influência das mudanças sociais trazidas com a Revolução Industrial, foi divulgado para outros países do ocidente, e tantos outros do oriente, como sendo o melhor ou o único modelo capaz de responder às exigências provindas deste setor, assistem crescer vários outros modelos de atuação na Saúde, pelo grande interesse das pessoas em buscar terapias não convencionais que apresentem novas práticas de alcance à saúde (RIBEIRO, 2010). Práticas orientais de Yoga, Acupuntura da Medicina Tradicional Chinesa ou ocidental, como Homeopatia, foram redescobertas e passaram a ser denominadas como práticas alternativas em Saúde, embora o termo seja bastante discutido, já que são práticas mais antigas do que o modelo biomédico tido como padrão e vêm apresentando

resultados satisfatórios, o que tem chamado a atenção de pesquisadores e estudiosos (LUZ, 2005).

Embora o modelo biomédico tenha se tornado modelo de prática em Saúde, pessoas de diversos países, etnias, culturas e classes recorrem às práticas de terapias não convencionais que sempre tiveram legitimação popular (TESSER, 2010). A busca cada vez maior se justifica por sua base holística, que considera o indivíduo como um todo, gerando críticas à especialização, por esta fragmentar o complexo sistema que é o corpo humano. Assim, intensifica-se a busca pela cura através do natural, por acreditar que o próprio organismo seja capaz de retomar o equilíbrio desarmonizado pela doença (RIBEIRO, 2010), o que se aproxima dos fundamentos formulados pelo chamado “pai” da medicina convencional do ocidente, Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.).

Estudar o conceito de saúde e doença seria impossível sem tomar como base a trajetória da medicina, porque esta prática tem norteado as representações no setor (MINAYO, 2004). Conhecer como uma atividade que nasceu como uma arte — a “arte de curar” —, que se transformou em uma prática disciplinar, especializada e mecanicista e que desviou seu interesse pelo indivíduo para se ater aos sinais e sintomas trazidos pela doença, possibilita compreender a postura de grande parte dos profissionais que trabalham na Saúde. O empenho exercido em tornar dominante um único modelo, principalmente no século XIX, permitiu que as futuras gerações adotassem o modelo biomédico como o melhor para se trabalhar em Saúde, embora a retomada da história nos ajude a perceber que as práticas holísticas de atendimento ao indivíduo sempre estiveram presentes, inclusive na base da medicina que originou o modelo biomédico.

O início da trajetória da medicina ocidental como ciência é apontada por todos os autores pesquisados, como Canguilhem (1986), Foucault (1987), Ginzburg (1989), Servalho (1993), Diniz (2006) e Ribeiro (2010), como sendo a medicina grega estruturada por Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.). Nela se compreendia que o organismo humano era influenciado pela personalidade do sujeito. Para Hipócrates, doença não era somente uma manifestação local, mas a informação de uma desestruturação total do indivíduo. Seu método de investigação era focado no ser que se apresentava doente e não na doença (DINIZ, 2006). Conceituava a saúde como equilíbrio da alma e a doença como perturbação deste equilíbrio, mas nem por isso considerada a doença como negativa, uma vez que a entendia como o

empenho da natureza em forçar o indivíduo ao encontro de um novo equilíbrio (CANGUILHEM, 1986). Além disso, assim como os chineses e os hindus, os gregos hipocráticos acreditavam que os elementos que constituem o corpo eram correspondentes aos elementos da natureza e que, para se ter saúde, era necessário manter o equilíbrio deste sistema, por ser uma parte integrante da natureza (SERVALHO, 1993).

Segundo Diniz (2006), o *Corpus Hippocraticum* eram tratados de medicina formados por diversos autores que, embora divergissem em muitas questões, estabeleceram postulados baseados na crença de que o homem tem a capacidade de interferir em sua própria natureza, pela convicção que tinham de que a cultura podia orientar a natureza, pois, antes da escola hipocrática, com exceção dos registros clínicos dos egípcios e da Medicina Tradicional Chinesa, a prática da medicina ocorria em torno de breves observações, ilusória magia e religiosidade repleta de misticismos.

O equilíbrio entre as forças do corpo com o ambiente, “mente sã em corpo são”, era o que Hipócrates denominava saúde, entendendo que, em detrimento de alguns casos em que causas mórbidas sobrepujam-se ao restabelecimento natural, o corpo tende a se autocurar (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). Sob este aspecto, a doença era vista como um processo positivo.

Mais tarde, no século II, surge Galeno, que tende a focar a atenção na parte que constitui o todo, uma observação que influenciou a maioria dos médicos dos séculos XVIII ao XX. Direcionou suas investigações no conhecimento do corpo, afastando gradativamente da valorização do olhar integral do homem e sua relação com a natureza, afirmando que a doença seria uma condição somente do corpo (DINIZ, 2006). Embora esta visão tenha influenciado o desenvolvimento da tecnologia pelo conhecimento cada vez mais específico, por outro lado, descaracterizou o adoecimento como um processo reflexivo e natural da vida, mas o caracterizou como uma situação que necessita ser eliminada imediatamente através dos fármacos disponíveis. A esta forma de lidar com a saúde foi denominado modelo biomédico.

Houve grande mudança no perfil das doenças com a Revolução Industrial, fins do século XVIII, como lembram Albuquerque e Oliveira (2002), quando a aglomeração de pessoas nas cidades desencadeou as doenças infecciosas de difícil recuperação. Neste aspecto, a atuação do modelo biomédico foi útil para criar

medidas de saúde pública que pudessem controlar as epidemias, como cuidados de higiene, tratamento da água, construção de redes de esgoto, dando origem à medicina social. Um projeto de ampliação da atuação médica para o domínio do meio social (FOUCAULT, 1987).

Neste mesmo período, surgem os hospitais com formação diferente dos que eram conhecidos até o século XII, como as casas de assistência aos pobres, que passaram a ser utilizadas como local de aplicação de recursos terapêuticos (SERVALHO, 1993). A partir daí, Michel Foucault (1987) faz sua análise sobre o surgimento da medicina moderna. Pela contribuição dos conhecimentos adquiridos através da anatomia patológica no século XIX, a doença passa a ter um espaço localizado no corpo, além de serem criados espaços institucionais da doença – os hospitais e as clínicas — locais onde foram abrigados os estudos desenvolvidos por Claude Bernard (1813-1878) sobre a fisiologia experimental e as descobertas microbiológicas de Louis Pasteur e Robert Koch (1843-1910) (SERVALHO, 1993). Ao se investir na patologia, as doenças passaram a ser regulamentadas para se estabelecer um padrão de normalidade, busca que até então não existia na prática da medicina, pois o objetivo era restaurar as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez perdidas com a doença (FOUCAULT, 1987). O conceito de saúde passa a ser a ausência de doença por levar em consideração somente o aspecto físico do ser humano.

A forma determinista de encarar a saúde e a doença foi discutida na obra de George Canguilhem (1904-1995), que traz a reflexão para o fato dessa representação ser relativa e situar em uma relação de consciência o organismo de cada indivíduo. É impossível haver comparações, porque cada ser é uno e não haverá compatibilidade nem mesmo entre seres de mesma conformação genética, como é o caso dos gêmeos univitelinos.

Para Foucault (1987), o domínio sobre os corpos através do conhecimento advindo da dissecação dos cadáveres e a hegemonia do discurso médico em relação à doença, com o nascimento da clínica no século XIX, descaracterizou a autonomia do indivíduo sobre o que ele sente e sua capacidade de superar a situação apresentada. Esse domínio sobre o corpo passou a ser também o domínio das representações de saúde e de doença.

Neste aspecto, embora Ginzburg (1989) reconheça os progressos alcançados pelo modelo biomédico, critica os métodos utilizados, apontando como duvidosos e indefinidos, basicamente por dois motivos:

Primeiro, não bastava catalogar todas as doenças em um quadro ordenado: em cada indivíduo a doença assumia características diferentes. Segundo, o conhecimento das doenças permanecia indireto, indiciário: o corpo vivo era, por definição, inatingível. Podia se dissecar um cadáver, mas não teria as características do vivo (GINZBURG, 1989, p. 166).

Portanto, era possível admitir que os próprios métodos utilizados pela medicina moderna eram contestáveis: “em conclusão, a impossibilidade de a medicina alcançar rigor próprio das ciências da natureza, a impossibilidade de quantificação, a não ser em funções puramente auxiliares, que deriva da presença inalienável do qualitativo, do individual” (GINZBURG, 1989, p. 166).

Diante das controvérsias quanto à resistência do modelo biomédico em assumir novas formas de saber em Saúde, parece haver mais um conflito de vaidade do que propriamente a certeza de estar com a razão. Como Feyerabend (1989, p. 462) coloca, afirmar que “não há conhecimento fora da ciência nada mais é que outro convenientíssimo conto de fadas”. Este jogo de interesse que circundam as representações sobre saúde e doença é o que Ginzburg denomina de dissolução da “circularidade”, a relação mútua de influências entre senso comum e cultura de elite. Aponta que o início desta desintegração ocorreu na segunda metade do século XVI, quando a cultura hegemônica passou a se afastar das classes populares e de sua cultura e, especificamente na área da Saúde, ocorreu com o estabelecimento da medicina moderna (SERVALHO, 1993).

Nas sociedades que assumiram o modelo biomédico como padrão de atendimento à saúde, os sujeitos tornaram-se alienados do controle de sua própria saúde e subordinados à medicalização, aos médicos e aos convênios de Saúde. Os aspectos subjetivos foram suprimidos a tal ponto que as pessoas passaram a incorporar soluções externamente impostas (GRAZZINELLI *et al.*, 2005). Conforme declara Canguilhem (1986, p. 137), “aprendemos a suprimir algumas alterações orgânicas tidas como nocivas, a febre, pressão sanguínea elevada, alterações no psiquismo”, quando, na verdade, são sinais de alterações necessários para que busquemos a cura do organismo que tem apresentado desequilíbrio.

### 2.1.1 Retomada dos princípios holísticos na Saúde

No ocidente, mesmo que os rumos das práticas em Saúde tenham tomado a direção para um modelo em detrimento de outros, sempre houve personalidades que se posicionaram contrários à prática instituída, tal como Paracelso (1493-1541) que, diante da incompetência da medicina do século XVI em face da doença, recorreu às ideias primitivas que capacitaram o aprimoramento da medicina de sua época, indicando que a ciência de todos os tempos é enriquecida por métodos e resultados não científicos (Feyerabend, 1989). Também

(...) acreditava que a vida era um processo químico e que a doença era um desequilíbrio na química do corpo. Ao lado de suas crenças em bruxarias e demônios, Paracelso percebeu uma química da vida nos corpos humanos muito antes de Lavoisier confirmá-la com a demonstração de que a respiração era uma forma de oxidação, na fundação da química pneumática, nos anos 1700 (SERVALHO, 1993, p. 356).

É possível perceber que os achados da ciência apresentam relação íntima com estudos heurísticos, bem como seu êxito pode se estabelecer pelo senso comum. Como observa Canguilhem (1986), grande parte do sucesso da teoria microbiana de Pasteur deve-se à crença da presença do mal como causador das enfermidades, referindo-se ao microrganismo que invade o corpo e provoca a doença. A concepção de que o impuro ameaça o organismo, seja através dos miasmas ou dos alimentos pútridos, sempre influenciou as representações de saúde e doenças desde os tempos idos (SERVALHO, 1993).

A descoberta dos agentes microbianos causadores de doenças, realizada por Louis Pasteur, foi o acontecimento marcante do século XIX. Porém, o reconhecimento de que emoções e fatores sociais são capazes de fazer com que o indivíduo adoça foi um fato importante do século XX, embora ainda haja resistência por parte dos adeptos das escolas tecnicistas da Saúde em admitir o valor de métodos que englobam saberes psicossociais em suas práticas. No início, os partidários da “Escola fisiológica”, modelo biomédico, menosprezaram rudemente os influentes da psicologia (Dantas, 1986), Sigmund Freud (1856-1939) e sua declaração do inconsciente, Jung (1875-1961) com sua elaboração do inconsciente coletivo. Sábios e cientistas de

todas as épocas que lançaram novas descobertas não foram livres das calúnias e zombarias.

O mesmo ocorreu com Samuel Hahnemann (1755-1843), quando formulou seu *Organon da arte de curar*, que deu origem à Homeopatia. Foi perseguido por seus rivais que não aceitavam essa medicina. Este trabalho teve início quando Hahnemann, encantado com a Química, sobre a qual teve conhecimento ao traduzir livros em vários idiomas, abandonou a prática da medicina por estar descontente com os métodos terapêuticos de sua época e a falta de critérios científicos no preparo dos medicamentos. Somente após seis anos de estudos e experimentações em seu próprio organismo e de seus familiares é que publicou a lei de cura – *Similia similibus curanter* (O semelhante se cura com o semelhante) (Tesser, 2010).

Esse estudioso constatou que as substâncias utilizadas como medicamento tornavam mais potentes ao serem diluídas em proporções infinitesimais e após sofrerem um processo de dinamização, por acreditar que eram “energias vitais” e, por serem energias, quanto mais desprendidas da matéria, mais livres estariam para atuar na cura. A resistência da ciência em aceitar a Homeopatia está exatamente neste ponto: como ocorre o processo de melhora do doente se a atuação do medicamento não está no conjunto orgânico? Conforme afirma Dantas (1986, p. 92) “o que se pode afirmar, com base em evidências clínicas, é que a terapêutica homeopática é reativa, estimulando a capacidade de resposta do organismo e não coerciva como terapêutica dos contrários”, conhecida como alopatia.

Diferenciando-se também, em seus princípios, da medicina biomédica, a história da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) expressa uma filosofia muito antiga, em torno de cinco mil anos, fundamentada em práticas de meditação, movimento corporal, uso de plantas medicinais, massagem, acupuntura e moxa (espécie de acupuntura térmica). No século XX, enfraquecida pelas guerras, a China cedeu aos poderes militares, permitindo a entrada de valores ocidentais, e o modelo biomédico foi introduzido com a construção de faculdades nos moldes ocidentais. A quebra na transmissão dos conhecimentos das práticas tradicionais de tratamento da saúde exercida pelos curadores foi proibida para dar lugar ao conhecimento científico aplicado pelo médico. Com o estabelecimento do regime comunista e a carência de recursos gerada, principalmente em zonas rurais, Mao Tse Tung instituiu por decreto o ensino, pesquisa e prática da MTC (Tesser, 2010), por essa prática conseguir

atingir com mais alcance a melhora dos cidadãos desprovidos de recursos necessários para serem tratados pela medicina curativista.

Tanto a Homeopatia quanto a MTC são caracterizadas pelo processo paulatino de reequilíbrio, demandando disciplina e mudança de hábitos, diferente do modelo biomédico que se preocupa com o imediatismo, rapidez nos resultados e tira a responsabilidade do indivíduo em relação a si próprio, tornando-o dependente dos profissionais e dos medicamentos. Ribeiro (2010) considera como terapias não convencionais todas as práticas em Saúde que não se enquadram no convencionalismo científico e que desenvolvem a capacidade da visão holística em relação ao indivíduo, utilizando elementos naturais para o tratamento, porque valorizam a capacidade do próprio organismo de reequilibrar-se para a saúde.

O surpreendente nessas práticas é que, por parecerem tão simples, provocam a incompreensão dos que estão de fora, os quais necessitam torná-la complexa (Feyerabend, 1989). Embora seja possível detectar bons resultados nas práticas não convencionais, a resistência em aceitar explicitamente esses métodos deve-se ao fato de a ciência médica buscar comprovar cientificamente pelos métodos das ciências naturais uma comprovação que exige métodos próprios para a compreensão de como se processa a melhora no corpo humano. Assim sendo, tal impasse não justifica o preconceito perante tudo o que não se enquadra nos parâmetros criados pelo modelo biomédico relacionado aos princípios das ciências naturais, como já mencionado, passando-se a denominar erroneamente de “medicinas alternativas”, o que faz pressupor hierarquização entre dois princípios paradigmaticamente diferentes, em que se toma como “padrão” o modelo biomédico.

Servalho (1993) observa que o espaço imaginário que inicialmente se revelava pelo humor divino que punia independente do comportamento do indivíduo, inscreve o sentido da relação do ser e seu corpo e a aceitação da doença como um castigo ou maldição. Aponta que o surgimento de enfermidade ainda hoje é atribuído por esta percepção. “Estes aspectos resistem entre crenças ainda existentes que cultuam a pureza como uma ligação rigorosa e permanente ao primitivo e um isolamento dos costumes atuais, ou mesclados na cultura geral de nosso tempo” (SERVALHO, 1993, p. 352).

Assim, com o advento da psicologia, sociologia e antropologia em fins do século XIX, foi possível compreender o homem como um ser construído das emoções, relações sociais e produto do ambiente em que vive. Os princípios

holísticos da concepção de saúde auxiliam a entender a outra face do complexo humano, esquecida ou desconsiderada pela medicina moderna. Com base nos estudos desenvolvidos nestas ciências, o comportamento individual e social passou a ter relevância. O estilo de vida da população, hábitos de alimentação e de prática física, regularidade do sono, envelhecimento da população, configuração familiar, migração e imigração, a presença da tecnologia e a capacidade de intervenções sobre a doença, acesso aos serviços de Saúde, poder de consumo, atuação crítica e política são alguns assuntos que passaram a fazer parte da conceituação de saúde e doença (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

O período pós Segunda Guerra Mundial e as consequências sociais que se alastraram na Europa foram determinantes para a formulação do conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de completo bem-estar físico, mental e social”. Com base nesse conceito, Henry Sigerist, médico historiador canadense, definiu que além da prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dos doentes, a promoção da saúde é a tarefa essencial da Medicina (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Na Conferência de Alma Ata, ocorrida na União Soviética, em 1978, o diretor geral da OMS declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada em sanar os problemas de dois terços da população mundial, solicitando aos governos buscar programas que simplificassem a atenção utilizando métodos tradicionais da medicina, ou seja, aqueles que tinham como base o olhar atento e integral do sujeito, antes de se tornar uma disciplina das doenças (LUZ, 2005). Já concluía Foucault que a obtenção da saúde igual para todos está longe de ser alcançada nessa engrenagem mercantilista que alimenta a desigualdade e onde o setor da indústria farmacêutica é o maior privilegiado, pois se sustenta pelo financiamento coletivo da saúde e da doença (DINIZ, 2006).

A Carta de Ottawa, considerada o marco histórico que trouxe mudança na reflexão sobre conceito de saúde, foi elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986. Declara que para promover a saúde é preciso ir além do cuidado, desenvolver um olhar socioecológico sobre a saúde com base na perspectiva holística que enfatiza a interdependência entre os seres humanos, seu meio e o estado físico (BADURA; KICKBUSCH, 1991). É possível perceber a influência desta declaração nos princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, a qual elenca ações e serviços que influenciam direta ou

indiretamente na saúde do sujeito., Mas na discussão aqui realizada, destaco também o conceito de integralidade de assistência por parte dos profissionais de Saúde, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Desde então, muitos ensaios vêm sendo feitos com objetivo de formularem um conceito mais dinâmico que dê conta de expressar a constante construção individual e coletiva da saúde (MEC, Saúde). Com objetivo de apresentar relevância do tema espiritualidade no conceito de saúde, um grupo de pesquisadores desenvolveu o módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais para a OMS, pois desde a Assembleia Mundial da Saúde, de 1983, a dimensão não material ou espiritual vem sendo discutida amplamente (FLECK *et al.*, 2003).

Segre e Ferraz (1997) criticam o conceito de saúde em vigor, pois o consideram ultrapassado por apresentar um fator inatingível, o de “completo bem-estar” e por menosprezar a autonomia do ser humano, detentor de uma alma que determina a “vontade” que transcende ao ambiente sociocultural, inclusive à bagagem genética. Apoiados em uma abordagem da potencialidade humana de determinação “de dentro para fora”, sugerem que o conceito pode ser alterado para “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542). Concordo com esta ideia, porque ela denomina saúde independente do surgimento de doença e como a capacidade responsiva que cada ser humano é capaz de dar perante aos embates da vida. Embasada nesta perspectiva de olhar a saúde é que norteiei as entrevistas com os participantes.

## 2.2 DA POTENCIALIDADE DO CORPO À POTENCIALIDADE DO SER<sup>15</sup>

Através das leituras feitas, percebi a quantidade de artigos, livros e projetos elaborados com o objetivo de resgatar os aspectos subjetivos do ser. Assim, não é surpresa encontrar afirmações como a de Cassel, que toma como referência Caprara e Franco (1999):

---

<sup>15</sup> Título formulado a partir da citação de Cassel (*apud* CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 648).

(...) a tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa, encontrar as origens da doença, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor e, ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (CASSEL *apud* CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 648).

Essa nova perspectiva da ciência da Saúde apontada por esse estudioso confirma o que as narrativas dos profissionais da Saúde revelaram, que o ser humano tem potencialidades ainda desconhecidas ao admitirem que algumas pessoas não se deixam desanimar pelo diagnóstico negativo de uma doença terminal ou quando não se abalam diante dos desajustes trazidos com a doença, apontando para a direção que essa ciência precisa tomar se pretende realmente sanar os problemas na Saúde.

Na obra *O normal e o patológico*, o autor afirma que “a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, ela é também, e talvez sobretudo, o esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio” (CANGUILHEM, 1986, p. 15). Esta visão ampliada sobre a doença talvez se deva ao fato de o autor ter cursado filosofia, antes da graduação em medicina e, ao reaproximar os olhares e conhecimento de ambas as áreas, produziu material singular que norteou as ciências da Saúde para uma nova etapa de conhecimento e atuação. O pensamento de Canguilhem aproxima-se ao das ciências pós-modernas, um pensamento complexo, em que a doença é uma forma de obrigar o organismo a buscar um novo equilíbrio para a manutenção do equilíbrio do organismo: adoecer e sarar são partes integrantes e inseparáveis da auto-organização de um ser vivo (DINIZ, 2006).

O embate entre a ideia defendida pelo modelo dominante e as evidências crescentes faz retomar o estudo do átomo, conforme revela Morin (1994), em referência às observações de Newton. Inicialmente, o átomo foi explicado a partir das percepções sensoriais, tamanho, forma, movimento, enquanto outras atribuições não explicáveis pelos métodos utilizados permaneceram no âmbito do mágico, fora dos limites da ciência. Foi Niels Bohr (1885-1962), físico dinamarquês, cujo trabalho contribuiu para a compreensão da estrutura atômica e a física quântica, que afirmou que a matéria elementar apresenta-se ao mesmo tempo como partícula e como onda e que as proposições, inicialmente contraditórias, se complementam.

Contrariados pelas evidências de que os elementos constituintes do corpo eram motivados por um movimento intrínseco, intenso e não mecânico, corpo e mente, entendidos como massa e energia, cientistas clássicos tiveram que se render

ao fato de que jamais teriam o domínio total sobre a natureza e seus elementos, pois esses não obedecem às leis mecânicas que idealizaram. Observaram, ainda, serem o homem e a natureza comuns às modificações contínuas, impossibilitando qualquer observação fiel baseada na racionalidade objetiva e no distanciamento (MARTINS, 1999), mas faltavam instrumentos da ciência, como ainda faltam, para comprovar a maneira que permite o átomo ora se comportar como matéria, ora como energia.

Perante a falta de métodos quantificáveis, o formato mecânico de entender o mundo penetrou não somente nas ciências da Saúde, como na educação, nas relações sociais, culturais e políticas. O método proposto por René Descartes (1596-1650) foi determinante para compreender a Natureza. Baseado no princípio da existência de dois mundos, um da matéria e outro da mente, a separação dessas qualidades que acreditava serem opostas foi permitida por considerar a matéria sem vida, portanto, perfeitamente explorável, manipulável e possível de ser dominada. Fora este um modo de pensar racional, analítico e compartimentado que causou profunda ruptura nos objetivos de investigação científica que se tinha desde a Antiguidade, da busca pela sabedoria, da compreensão da ordem natural da vida e a harmonia com ela (TRINDADE, 2008).

Porém a metodologia que o mecanicismo cartesiano escolheu para compreender a natureza foi apenas uma das possibilidades e não a verdadeira e única, como passou a se pensar. A imposição do saber dito “científico” sufocou a beleza e a simplicidade com que a natureza se apresenta. Os instrumentos desenvolvidos para compreender a realidade do ser humano deixaram de ser neutros e passaram a impregnar os sentimentos mais instintivos do homem, a vontade de dominação. Assim, a perspectiva fragmentada do olhar incitou o que Foucault (1979) chama de técnica de poder, isto é, a disciplina. À medida que obtinham novas descobertas, apropriavam-se do conhecimento como se fosse somente seu. A disciplinarização do conhecimento tornou possível a vigilância por olhares que foram divididos hierarquicamente (FOUCAULT, 1979). Ginzburg (1989, p. 155) considera que em certas passagens do *Corpus Hippocraticum* “já no século V a.C, começara a manifestar-se a polêmica contra a incerteza da medicina”, uma realidade que não mudou muito desde a época de Hipócrates.

Quando fazemos o retorno à construção histórica da busca do conhecimento da natureza, é possível perceber que muito foi deixado pelo caminho e as partes passaram a ser aceitas como verdade. Conforme esclarece Ginzburg (1989), Galileu

enxergava o universo como um “livro aberto” e não poderia ser entendido sem que antes apreendêssemos seus caracteres, suas formas e movimentos, uma ideia que as futuras gerações legitimaram como sendo o princípio da ciência da natureza.

Estudiosos galelianos e outros que vieram depois de Galileu tornaram-se “surdos aos sons e insensíveis aos sabores e aos odores” (GINZBURG, 1989, p.158), percepções individuais vistas como obstáculos à aplicação deste paradigma mecanicista. Como o rigor científico foi pautado na inversão proporcional dos elementos individuais (GINZBURG, 1989), talvez esta seja a causa da dificuldade da ciência moderna em assumir esses atributos como relevantes. O afastamento emocional do observador fez com que amadurecêssemos racionalmente, mas não emocionalmente, uma deficiência que a interdisciplinaridade tem buscado sanar ao trazer à discussão, por meio da fala de Japiassu referida por Trindade (2008, p. 68), o fato de que “os progressos materiais não confirmam de modo decisivo o valor de uma ciência que prometera tornar a humanidade moralmente melhor; (...) que não conseguiu cumprir sua promessa”.

Por isso, o desafio do nosso século é integrar os saberes da Saúde construídos nos diversos momentos históricos aos conhecimentos construídos em outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, na antropologia, na sociologia, na psicologia, na física, entre outras, buscando tecer com outras ciências um processo interdisciplinar, compreendido por Pombo (2008, p. 27) como a possibilidade de “abertura de cada disciplina a todas as outras, na disponibilidade de cada uma das disciplinas envolvidas se deixar cruzar e contaminar por todas as outras”, já que, ainda segundo a autora, isoladamente as disciplinas não são capazes de alcançar todas as possibilidades de análise da problemática que encontramos.

Esta perspectiva vem mudar os rumos de uma visão compartimentada de entender o ser humano e suas relações com a natureza. O homem é um ser biológico, mas não apenas isto. Entendê-lo e atendê-lo de forma fragmentada não atinge suas expectativas, pois todos os seres, entre eles o homem, apresentam em sua constituição uma complexidade fabulosa (MORIN, 1994).

Procurar tecer a interdisciplinaridade como método de integração dos avanços científicos e tecnológicos com as necessidades reais dos indivíduos pode possibilitar à ciência da Saúde a inclusão do sentido da vida humana. Derrubar barreiras disciplinares torna-se uma proposta importante para darmos conta dos avanços de um novo ciclo.

Desta forma, podemos visualizar a aproximação das ciências naturais à humanidade e o “sujeito que a ciência moderna lançara na diáspora do conhecimento irracional regressa investido da tarefa de fazer erguer sobre si uma nova ordem científica” (SOUSA SANTOS, 2010, p.69). O sujeito humano, que tem sede de conhecimento, percorreu tão longo caminho para agora retornar à compreensão de si mesmo.

Os caminhos para conhecer e mudar o mundo externo e o nosso mundo interno necessitam do mais alto grau de conhecimento humano, que não se limita ao conhecimento especializado, entendido como conhecimento superior, no sentido moral, ao de qualquer conhecimento tecnocientífico (CASANOVA, 2006). Essa proposta é possível com a quebra de barreiras disciplinares em direção à interdisciplinaridade como uma prática de discussão e diálogo entre as ciências.

No excerto da entrevista a seguir a narrativa do participante revela uma postura de investigação perante o quadro apresentado pelo indivíduo e que não se limita com explicações provenientes da sua área de conhecimento:

*[...] No trato com as pessoas, no dia a dia, vai criando um vínculo, [...] por exemplo, tem uma doença, a fibromialgia, e nós já sabemos que uma grande parte das fibromialgia são pessoas que têm problemas psicológicos, depressivos, e aí nós começamos a nos aprofundar um pouco mais nisso, pra saber até um pouco da origem desse problema. [...] Então você tem que mudar às vezes um pouquinho o enfoque [...] A gente vai ganhando experiência, no começo claro que isso assusta a gente, tem até um pouco medo de tocar nisso, a gente não sabe como lidar, ao passar do tempo, a gente vai sabendo como focar mais, e também eu procuro a ajuda de profissionais, eu procuro psicólogos [...] muitas outras, os médicos e a gente vai lidando com várias situações. (Fisioterapeuta 2<sup>16</sup>).*

Essa afirmação revela a postura aberta e interdisciplinar que o profissional busca manter para conhecer melhor o indivíduo. Procurar tecer a interdisciplinaridade como método de integração dos avanços científicos e tecnológicos com as necessidades reais dos indivíduos pode possibilitar à ciência a inclusão do sentido da

---

<sup>16</sup> Para a realização das análises, nos excertos constará apenas a profissão do entrevistado, seguida do numeral para diferenciar quando houver mais de um representante da referida profissão.

vida humana. Derrubar barreiras disciplinares torna-se uma proposta importante para darmos conta dos avanços de um novo ciclo.

A evolução histórica das práticas em Saúde está pautada nas contribuições de outras áreas do conhecimento, bem como na experiência empírica dos indivíduos de cada época, condição reconhecida pelos profissionais da área como fator que influencia na manifestação das doenças, mas que, curiosamente, não é aplicado como relevante no tratamento e cura da pessoa. A intensificação tecnológica na formação dos profissionais da Saúde gerou excesso de interesse científico e indiferença aos aspectos subjetivos inerentes ao ser humano, característica profissional que não responde mais aos anseios de uma sociedade mutante e dinâmica como a nossa do século XXI. Vivemos uma realidade no setor da Saúde em que a teoria não faz sentido na prática, um quadro que a interdisciplinaridade tem condições de restaurar ao trazer a reflexão no agir, articulando os vários paradigmas de saúde para a ampliação do conhecimento profissional e para implementação da conscientização e responsabilidade necessárias no processo saúde-doença. Percebe-se que o conhecimento de outras ciências ajuda a compreender melhor o indivíduo doente.

Através dos relatos obtidos nas entrevistas, foi possível notar atitudes interdisciplinares reveladas pelos profissionais da Saúde de Foz do Iguaçu, que significam a busca do autoconhecimento e a responsabilidade social, uma tentativa de reverter a afirmação de Paulo Freire (1921-1997) de que “nos últimos vinte anos, acumulamos mais conhecimentos tecnológicos do que durante toda a história da humanidade”, ao passo que a nossa “capacidade de governo evoluiu de maneira extremamente lenta” (FREIRE, 2012, p. 16). A prática interdisciplinar surge com o intuito de estabelecer a maturidade política que deixamos de alcançar em detrimento da busca pelo domínio da natureza e das conquistas exteriores.

Ao se referir a esse revolucionário educador brasileiro, Gadotti (2008) declara que o método Paulo Freire é de total importância no contexto em que vivemos, porque traz subsídios para reconstruirmos o mundo e não apenas explorá-lo com nossa incrível capacidade de destruição. Um método que não se aplica, mas se vivencia, impregnando de sentido cada ato realizado (GADOTTI, 2008).

Assim, a interdisciplinaridade apresenta-se com o mesmo propósito, uma concepção que “precisa ser entendida como uma atitude”, no dizer de Japiassu, primeiro pesquisador brasileiro a estudar o assunto, e não como mais uma nova

disciplina que surge (*apud* ALVES, 2008), mas como uma nova consciência que reúne os aspectos objetivos, além dos subjetivos com suas contrariedades, buscando compreender o “sentido do homem no mundo” (TRINDADE, 2008).

Apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, mais flexível, solidária, democrática. O mundo atual precisa de pessoas com uma formação cada vez mais polivalente para enfrentar uma sociedade na qual a palavra mudança é um dos vocábulos mais frequentes e onde o futuro tem um grau de imprevisibilidade como nunca em outra época da história da humanidade (SANTOMÉ *apud* TRINDADE, 2008, p. 72).

Seguindo essa perspectiva interdisciplinar, a discussão sobre a visão holística na Saúde tem aparecido como um tema já teoricamente bastante debatido, embora pouco da sua aplicação tenha se configurado na prática. Talvez porque, para que isso aconteça, seja necessário que as teorias ganhem vida no cotidiano por meio de atitudes autoconscientes dos que dominam o conhecimento acerca da saúde.

A interdisciplinaridade surge como instrumento que possibilita a articulação da teoria com a prática, em um processo de reflexão e ação (TRINDADE, 2008), para que os profissionais possam atuar com legítima consciência de seu papel em dar sentido ao diálogo com o outro, baseados no conhecimento acumulado.

É preciso lembrar que a ação em Saúde inicia no encontro, quando haverá troca de subjetividades culturais, que se objetivam através da linguagem e que podem se concretizar nas atitudes de ambos (FALLER, 2011). Mas, como em toda transformação, é necessário ter profundidade de significado, caso contrário o processo pode não avançar do primeiro contato.

Os aspectos que foram apontados nas entrevistas são: a **importância da interdisciplinaridade na formação profissional**, que configura a sua maneira de atuar na prática, **relevância do conhecimento integral do sujeito** para poder atingir o objetivo do trabalho em Saúde, que é a recuperação da saúde do indivíduo e, finalmente, **atitudes interdisciplinares** reveladas pelas narrativas das práticas em Saúde.

### 2.2.1 Importância da interdisciplinaridade na formação profissional

Tratar o ser humano sob um aspecto disciplinar limita a atuação do trabalho do profissional da Saúde, como lembra Feyerabend (1989, p. 449), ao afirmar que “todas as metodologias têm limitações” ou que a ciência vir a ser realizada “com obediência a regras fixas e universais é uma ideia quimérica e perniciosa”, pois as condições complexas vivenciadas pelos indivíduos influenciam no desenvolvimento da ciência. Por isso propõe a ideia do “tudo vale”, para que as investigações apresentem as respostas que aproximem o máximo possível da visão correta de mundo. A opinião do autor ajusta-se à proposta metodológica interdisciplinar, uma pesquisa com consciência, que busca trazer o sentido das coisas e da vida (AMBROZANO, 2002). Assim como Cardoso (1998) explicita ao tratar dos valores éticos em pesquisa:

Mesmo o corpo humano, nunca é apenas um corpo-objeto (organismo) como pensava Descartes, ou seja, uma máquina, apenas um suporte do sujeito. [...] o corpo do homem é um corpo vivido, isto é, observante, expressivo, enfim, um corpo-sujeito (CARDOSO, 1998, p. 3).

Esse argumento tem sido recorrente nos artigos pesquisados na Saúde, ideia que vem ganhando força conforme declaração de Axt (2013), ao afirmar que as propostas de estudos em pesquisas interdisciplinares é hoje uma das áreas que mais crescem no Brasil, o que talvez se deva pelo fato de que surgem a cada dia pesquisadores que buscam por uma maneira mais sensível de conhecer a realidade do outro, no esforço de colocarem-se em seu lugar e, ao mesmo tempo, de darem lugar à sua voz, para que seja ouvida e respeitada. Um movimento contrário do que a ciência moderna tem sustentado durante séculos com sua rigidez “em retirar do saber a subjetividade dos sonhos, emoções, intuições”, ou seja, “em esconder a alma” (AMBROZANO, 2002, p. 35), essência dos seres humanos.

O interesse em ampliar o conhecimento em torno do ser humano proporciona a ampliação da consciência, além de favorecer o autoconhecimento, proporcionando um aprendizado libertador e de cura do indivíduo e ao mesmo tempo do profissional da Saúde, possibilitado pela relação “dialógica de se ver no outro e de se humanizar

com ele” (ALMEIDA; PEREIRA, 2005, p. 73), conforme a perspectiva que o entrevistado a seguir refere sobre a relação entre ele e o sujeito atendido:

*[...] mais que pro paciente você faz pra você, porque a satisfação que você tem de ver o paciente melhorar, de ver o paciente crescer, do paciente estar saudável, isso não tem dinheiro que pague. (Médico 1).*

A afirmativa denota o interesse pelo outro, embora as relações de trabalho apresentem-se mais impessoais devido ao caráter racional que assumiram. Sabemos que instruções adquiridas na academia não garantem a transformação moral do indivíduo se estas questões não forem tocadas diretamente pelo sentimento, já que somos programados a deixar de lado nossa preocupação pelo outro para garantir nossa própria sobrevivência, forçando-nos a expor nosso lado mais cruel, competitivo, ganancioso, indiferente e desumano (FREIRE, 2012). Ao contrário desta fala, que revela outra intencionalidade, indo além das relações estabelecidas profissionalmente com algo que satisfaz intimamente.

A seguir, a narrativa do entrevistado revela que mesmo tendo havido pouca ênfase do olhar integral do indivíduo na academia, ele procura buscar maior entendimento a este respeito:

*Nutricionista 2 - Olha, eu tive Psicologia fraquíssima, hoje eu, por trabalhar em curso superior, eu comento assim, que por trabalhar na Nutrição, a gente sabe que a Psicologia é fundamental, a gente lida com saúde-doença, a gente sabe que o emocional, o psicológico da pessoa está muito relacionado, ainda mais hoje em dia, a gente sabe que vê várias doenças psicossomáticas, e quase não tive. Sociologia também quase não tive, eu sinto muita falta. [...] é uma área que eu gosto, então eu busco, eu leio e na minha época, quando me preparei pro vestibular [...] eu me apaixonei por essa área e comecei a ler, principalmente Filosofia, e aí Psicologia, ao longo da minha carreira como nutricionista e por questões pessoais comecei a ler e hoje eu aplico nos meus pacientes, assim, dentro da minha ética profissional, até onde eu posso. Eu tenho uma amiga que é terapeuta e ela fala “Ôh conversa um pouco disso relacionada à nutrição, porquê da ansiedade, da compulsão”. É bem legal assim.*

Pesquisadora – *Por que você acha que esses temas fazem falta?*

Nutricionista 2 - *Justamente porque está lidando com o ser humano, muitas vezes a gente fica na teoria da saúde-doença e não aprofunda o ser humano, justamente por aquilo que eu comentei antes, cada um é diferente. Então não adianta eu querer tratar como um membro.*

É possível perceber que o profissional busca suprir a necessidade que tem de conhecer melhor os aspectos psicológicos do sujeito. Embora o problema curricular na graduação mantenha uma formatação fragmentada e voltada à especialização, nada impede que o profissional, na sua experiência prática, possa adotar uma postura que busque investigar a maneira como o indivíduo vive, as relações que estabelece e como encara a doença (CAPRARA; FRANCO, 1999), questões que vão além da desordem física apresentada, fundamentais para entender como se configuram as atitudes dos sujeitos e ao mesmo tempo permitem que os profissionais da Saúde possam lidar com mais segurança.

A seguir, o participante revela os meios encontrados para suprir a necessidade de compreensão do ser humano ainda na graduação:

Médico 1 - *O que eu tive na minha faculdade eram cursos, disciplinas optativas que cada um podia escolher qual queria e tive uma professora de pediatria, essa me marcou muito, talvez por isso, eu já tinha a ideia de fazer pediatria, talvez ela tenha contribuído mais, a gente fazia grupo de leitura de um livro, que é um livro bem tradicional na medicina chamado O médico, o paciente e a doença, [...] e a gente fazia discussão desse livro, era um grupinho que se reunia na hora do almoço e cada um tinha que ler um capítulo e a gente conversar sobre essas coisas, então essas coisas me ajudaram, mas oficial que eu me lembro agora não.*

Pesquisadora - *E o que você coloca de interessante nesse livro, é porque ele trazia o quê?*

Médico 1 - *Ele trazia o contexto da relação médico paciente pra discussão, trazia os aspectos emocionais envolvidos, os aspectos emocionais tanto do paciente quanto do lado do médico também, a gente podia conversar entre nós, os colegas e a professora contava, ajudava, dava experiências, exemplos da experiência dela.*

Mesmo após anos de formado, o profissional recorda do livro proposto pela professora para discussão em grupo, um fato que revela a importância dada para o aprendizado obtido.

Os próximos dois excertos mostram através das narrativas que os profissionais da Saúde conseguem perceber a importância de disciplinas que ajudam a ampliar o olhar para a complexidade do ser humano no período da formação profissional:

*Médica 2 - [...] foi Psicologia a faculdade inteira, mas nenhuma das outras matérias a gente não teve.*

*Pesquisadora - E o que você acha que essa matéria contribuiu na tua formação?*

*Médica 2 – Ai, eu acho que contribuiu muito, [...] e assim eu vejo até com outros médicos que foram formados na minha faculdade, mesmo de outras áreas, eu acho que isso melhora a relação médico-paciente.*

*Pesquisadora - mas você diz porque outras faculdades não têm?*

*Médica 2 - não tem tanta Psicologia, geralmente tem uma Psicologia médica e tem a Psiquiatria no quinto ano. A nossa faculdade, como tem muito psiquiatra na cidade, eles instituíram Psicologia durante toda a faculdade [...]. Então você fica o tempo todo vendo essa coisa da Psicologia, da relação com o paciente, de como o adoecimento interferiu nele, desde o primeiro ano a gente tem o trabalho em grupo que você acompanha o doente terminal, mesmo você entrando na faculdade de Medicina, como é o adoecer pra aquela pessoa, tá mexendo com ela, [...], então eu acho que ela te dá uma visão diferente e onde a gente vai a gente escuta isso, ôh, formado em Pelotas, eles têm uma visão mais [...]*

Nota-se que o próprio profissional consegue avaliar a diferença da postura dos profissionais que são formados pela mesma faculdade e outros que não são.

Abaixo, o participante relata a característica religiosa da Escola que frequentou:

*Eu me formei numa Universidade Católica, que puxa muito a gente pro lado espiritual da doença, então toda aquela parte da doença ou da saúde que mexe com o bem estar do ser humano. Pra você ter uma ideia eu tive até essa coisa toda*

*do Catolicismo, religiosidade, a filosofia era feita por padres ou monges franciscanos, então muito interessante. Toda essa parte eu acho que foi muito importante pra gente, deu uma base boa pra você lidar com esse tipo de cultura, mesmo você não sendo daquela religião, você tinha toda essa parte de embasamento pra poder lidar. (Enfermeiro 1),*

O entrevistado reconhece a importância dos aspectos subjetivos que foram abordados na graduação.

Adiante, outro participante revela a importância de uma disciplina específica:

*Bastante, assim na psicologia. Principalmente na minha área [...] a parte de psicologia nos ajuda a focar um pouco melhor, a aprofundar, precisamos nos aprofundar sem sensibilizar a pessoa. (Fisioterapeuta 2).*

O “sensibilizar” trazido pelo profissional é no sentido de tocar em assuntos da doença da pessoa sem desestruturá-la emocionalmente, ou seja, estar apto a tratar do assunto com expectativas estimuladoras.

O próximo entrevistado recorda da Antropologia, além da Psicologia, que refere ter servido para ampliação do seu conhecimento:

*[...] eu lembro de Antropologia e Psicologia. [...] em Psicologia, entender um pouco mais do ser humano além daquilo que ele demonstra, aquilo que é palpável, aquilo que é visível, mas talvez ver um pouco além. E da Antropologia, eu lembro que ela mostra que as populações, elas agem, elas fazem as coisas de uma forma diferente ao longo dos anos, às vezes até numa mesma população, determinada ação acontece de uma forma e daqui a alguns anos essa mesma população vai acontecer de uma forma totalmente diferente, então isso eu lembro da Antropologia, que historicamente as populações mudam. (Enfermeiro 2).*

É possível notar que a descrição correta sobre a atuação da disciplina, como a referida Antropologia, revela o conhecimento adquirido, que gerou sentido e significado, ainda que pela necessidade do profissional em recordar, pois, caso contrário, ele não conseguiria recordar do que foi abordado na disciplina, tal como o próximo relato:

Pesquisadora – *Na tua graduação, você teve outras disciplinas que são consideradas das Ciências Humanas, como Sociologia, Antropologia, Psicologia?*

Fisioterapeuta 1 – *Sim*

Pesquisadora – *Considera que essas matérias conseguiram atingir a forma de encarar o ser humano como um ser integral, esse ser que depende do social, do emocional, você conseguiu ter na tua graduação essa base?*

Fisioterapeuta 1 – *Ai, na verdade faz muito tempo, eu não lembro.*

Pesquisadora – *Acha que ter esse olhar abrangente do ser humano é interessante para os profissionais da saúde. Hoje, na sua prática? Você precisa desses conceitos pra atuar?*

Fisioterapeuta 1 – *Não.*

É preciso ressaltar que este mesmo profissional em outra questão afirmou que *“tem que estudar a vida do paciente, desde a sua origem, do seu nascimento, até o dia de hoje pra ver o porquê dessa dor”*. A afirmação leva a entender que ele considera os aspectos sociais e culturais do indivíduo, porém não conseguiu estabelecer relação da contribuição na Saúde trazida pelas disciplinas das ciências humanas por conta do caráter tecnicista que as academias dão ênfase. Também afirmou inicialmente não considerar que há relação da cultura do sujeito e sua saúde, porém mais tarde relatou uma experiência em que não pôde atender o sujeito pelas questões culturais que o indivíduo carrega e que eram contra os procedimentos propostos pelo profissional.

A discussão trazida por Meleiro (2001), na obra intitulada “O médico como paciente”, fruto de uma tese de doutorado em medicina, analisa experiências negativas da relação dos próprios médicos, na condição de doentes, com seus colegas. Para Meleiro, o que tornou o médico um profissional introvertido, muitas vezes ríspido no trato ao indivíduo e ausente dos compromissos sociais, foi a exigência de conhecimentos escolásticos que demandam intensa dedicação aos estudos, iniciada na entrada do curso superior e seguindo nas numerosas disciplinas que compõem a grade curricular do curso de medicina. A autora destaca, ainda, algumas falas que revelam a insatisfação das pessoas em relação à postura autoritária dos médicos, como *“eles acham que, eu falei está falado! Onde eles aprenderam isso, de onde é que vem esta noção de: eu é que mando? [...] Eles já entram assim ou aprendem na faculdade?”* (MELEIRO, 2001, p. 195).

Importante destacar que este formato tecnicista e especializado de formação estende-se para grande parte das escolas de formação de profissionais da Saúde.

### 2.2.2 A relevância do conhecimento integral do sujeito

A interdisciplinaridade surge com o objetivo de estabelecer um diálogo entre pessoas que se encontram e que buscam o mesmo ideal, no caso o restabelecimento da saúde. A característica revelada pelos profissionais da Saúde entrevistados apresenta pessoas estimuladas em compreender a mensagem do outro, mesmo que não seja articulada, mas que se mostre nas entrelinhas.

É possível notar a preocupação do profissional da Saúde em tocar a pessoa para que se conscientize da sua necessidade de reflexão perante o problema. A relação entre profissional da Saúde e sujeito atendido é antes de tudo a oportunidade de ajudar a minimizar o sofrimento da pessoa e contribuir com seus conhecimentos e experiências adquiridos, para que ela própria possa elaborar novos significados que a tornará capaz de superar a experiência da doença (MELEIRO, 2001) —, como revelado nas narrativas a seguir.

Quando questionados se no atendimento ao paciente o profissional costuma tratar de assuntos além do que costuma abordar, os apontamentos abaixo evidenciam que os profissionais procuram aprofundar-se no conhecimento do sujeito atendido, o real sentido de atendimento integral:

*[...] muitas vezes, vou colocar, você precisa sair, vou citar um exemplo, esses tempos atrás eu estava com uma puérpera no alojamento conjunto, e o bebê [...] precisava começar a fototerapia, e a mãe [...] queria receber alta, [...] ela não ia ficar, de jeito nenhum, [...] Aí fui entender isso [que tinha outro filho em casa] que ela não queria deixar uma criança de 6 anos sozinha. [...] então não tem como você não valorizar estes outros aspectos, que realmente preocupa aquela família, naquele momento, [...] a gente às vezes não busca a fundo o que realmente preocupava aquela família, então como não considerar os aspectos psicológicos, sociais, não tem como. (Enfermeira 2).*

*Ah, claro! Que nem essa mãe que te contei [...] **Experiência relatada** - uma mãe que atendi no Paraguai, ela veio com um bebê de três meses para primeira consulta, e eu perguntei pra ela se a criança estava mamando no peito, e a mãe respondeu pra mim assim: “Não”, assim meio bruta, eu falei mas por quê? E ela respondeu assim pra mim: “Porque su mamá és uma estúpida”, que a mãe dele é uma estúpida, mãe do bebê. Por um segundo eu pensei, será que ela não é mãe dele? Netinho? Mãe solteira? Aí eu perguntei, mas por que você tá falando isso? Você não é mãe dele? “Sou”. Então por que você tá falando que a mãe dele é uma estúpida? “Porque não tenho leite pra dar”. Leite materno né. Então eu falei, você não é uma estúpida, você não tem leite, você só não tem leite, você não é estúpida. [...]*

*Se eu não perguntasse pra ela: por que você está falando isso? Eu entendo assim, ela deveria estar numa dinâmica de baixa autoestima, devia estar com algum problema, que não deu para abordar ali naquela hora, mas o fato de eu falar pra ela, por exemplo, olha você não é estúpida, você só não tem leite. (Médico 1).*

Aqui os relatos demonstram o interesse geral pelo indivíduo e sua vontade e insistência em solucionar o problema detectado pelo profissional.

A seguir, destaca-se a importância do conhecimento interdisciplinar:

*[...] as áreas de atuação, sempre você tem que manter um conhecimento um pouco mesclado pra poder atuar né, na nossa área, muito de psicologia, muitíssimo de nutrição, porque se você não souber, não consegue orientar, então tem toda a parte de apoio psicológico ao familiar, que o enfermeiro acaba atuando sem ter outra opção, não só isso, às vezes até a engenharia da máquina de hemodiálise, então você tem que explicar como funciona [...]. (Enfermeiro 1).*

A prática profissional revela a necessidade de multihabilidades, tal como deve ser os conhecimentos relativos ao indivíduo. O ser humano é este ser complexo que o entendimento fragmentado, proposto pela disciplinarização da ciência, não consegue atender. O contexto atual necessita de profissionais polivalentes, dispostos a aceitar a mudança e os anseios sociais advindos com ela (TRINDADE, 2008).

### 2.2.3 Atitudes interdisciplinares

Na sequência, são reveladas narrativas que sinalizam a postura interdisciplinar dos profissionais nas práticas em Saúde.

a) *A figura do profissional da Saúde como colaborador, não como detentor do saber*

O excerto da entrevista abaixo mostra a reflexão do participante sobre sua responsabilidade profissional diante do reequilíbrio do sujeito:

*Então, 100% da interação eu e o paciente, 95% é ele, a minha intervenção, o meu conhecimento, a minha talvez modificação, a minha contribuição, seja mínima [...] eu passei a pensar assim depois que minha prática profissional foi se construindo, estou há 11 anos, mas principalmente, eu lecionei uma disciplina de Educação em Saúde, porque, por exemplo [...] levar um monte de medicamento e vacina pra uma tribo que não tem muito contato com o branco, querer impor isso [...] não funciona, e ao contrário já funciona, que, por exemplo, em estudos etnográficos, quem tá o pesquisador lá, o pesquisador inserido, ele acaba aprendendo muita coisa duma cultura indígena, como ele faz pra tratar sua doença e talvez a parcela dele de contribuição seja mínima, seja de 5%, e sim ele se apropria daqueles 95%, pra ressignificar a saúde (Nutricionista 1).*

A postura deste profissional denota humildade, pois procura compreender, através do interesse pelo outro, que depende fundamentalmente da inter-relação de subjetividades que se reconhecem, identificam-se de alguma maneira e que projetam interesses mútuos. Para isso, é preciso “abertura, simpatia e generosidade” (MORIN, 2011, p. 82).

b) *A busca do profissional em despertar a consciência do sujeito*

É possível notar na narrativa a seguir que há clareza do profissional quanto à responsabilidade do sujeito no processo do adoecimento e que se busca despertar a consciência das atitudes que estão desencadeando a doença:

*[...] além disso, [dos métodos práticos da profissão] fazer com que a pessoa aprenda a observar aquilo que ela está sentindo, que ela aprenda um pouco mais dela mesma, porque a doença, ela vem em consequência de muitas coisas que a pessoa não estava se dando conta [...] porque tem muitas coisas que só na conversa eu percebo que o paciente se dá conta [...] e aí poder mudar neste aspecto, isso eu acho que é positivo e eu gosto de conversar. (Médico 2).*

Aprofundar a compreensão da subjetividade como parte importante da realidade social era o que defendia Max Weber (1864-1920), além de destacar que determinado fato é relevante, ou não, dependendo de sua instância social (MINAYO, 2004). No caso em questão, o quadro desencadeado pela doença torna o sujeito mais sensível para refletir suas próprias atitudes, momento aproveitado pelo profissional para o convite da autorreflexão.

*c) A sensibilidade de se colocar no papel do outro*

A afirmativa seguinte revela que a relação profissional da Saúde e sujeito é uma relação entre iguais, no sentido de humanidade, mas em posições diferentes:

*[...] assim como eu pessoa, às vezes não enxergo o que minha filha está precisando, então alguém de fora precisa me falar, eu como profissional também chego e converso com a família, olha precisa de bastante atenção nesse sentido, segundo, bastante estudo, porque sem estudar e sem entender o que está acontecendo com esse paciente eu não consigo chegar ao meu objetivo [...]. (Fonoaudiólogo).*

O entrevistado demonstra compreender sua função como alguém que compartilha os ensinamentos adquiridos. O papel do profissional da Saúde é mais exitoso quando busca encontrar respostas junto ao sujeito atendido e não fazê-lo acreditar que tem todas as respostas que procura. Ele precisa ter em mente que, antes de ser uma relação profissional, é um encontro entre dois indivíduos que têm “visões de mundos diferentes, e que também há produção de significados de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente presente” (OLIVEIRA, 2002, p. 65).

*d) A transformação profissional desenvolvida com a experiência*

Os excertos abaixo revelam que o contato na prática com sujeitos é elemento importante de aperfeiçoamento profissional.

*[...] Hoje eu sinto assim, que eu faço muito mais do que antes, a partir do momento que você está um pouco do outro lado, você aprende muito mais, pensando assim, um pouquinho, numa forma mais ampla pra cuidar, quando você está assim só num Setor, por exemplo, UTI Neonatal, muitas vezes você só foca naquilo, salvar a vida daquela criança [...] mas como vai ser a vida daquele bebê depois, inicialmente, eu nem pensava nisso, não é que eu não tinha preocupação, mas a gente nem pensava no depois [...]. (Enfermeiro 2).*

*[...] Então o que que eu percebi nesses 20 anos, que quanto mais eu estudar cada uma dessas áreas, uma das áreas que eu mais me interessa é conhecer, essa parte de como vivem, as diversas populações, como é a cultura de um, a cultura de outro para poder adaptar o tratamento e a orientação para aquele tipo de pessoa, então saber que cada um tem sua particularidade. Então como profissional o desenvolvimento foi nesse sentido, saber aceitar, adaptar [...]. (Enfermeiro 1).*

As narrativas corroboram com a declaração de Fazenda (2003) de que a teoria interdisciplinar somente se legitima na ação. É no contato com o outro que o conhecimento se estabelece e se aprimora.

*e) Autovalorização do profissional pela responsabilidade social*

As próximas narrativas desvendam que o profissional enaltece sua profissão, não pela perspectiva prepotente, mas pelo valor social que confere.

*[...] a gente tem um poder na mão que é perigoso porque pode fazer mal, pode fazer muito bem, mas pode fazer muito mal também. E aí depende muito dessa coisa [...] dos conceitos que eu aprendi na escola, mas também depende da minha pessoa, da minha pessoa em me colocar em frente àquela outra pessoa que tem um problema. [...] Eu aprendi com um médico que ganhou o prêmio Nobel de Medicina, há muitos anos atrás, ele era um cirurgião, pesquisador, ele falava: “Muita*

*observação, pouco raciocínio conduzem à verdade, pouca observação, muito raciocínio conduz ao erro! ” Pra você vê, então assim, não é questão de raciocínio no sentido de mais de informação, porque eu posso ter todas as informações de como é um pneumomediastino, mas não adiantava se eu não escutasse o ai dele, entendeu? [se referindo ao caso que relatou] Você não precisa raciocinar muito, não precisa pensar muito, você precisa observar e juntar os dados, não é? (Médico 1).*

O olhar atento que o entrevistado descreve pôde detectar uma enfermidade cujos sintomas o indivíduo não sabia expressar, mas um simples gemido fez com que o profissional investigasse mais a fundo e detectasse o problema. Quando doente, a pessoa vivencia esta experiência através dos sintomas apresentados no corpo, não sendo possível compará-la a nenhuma experiência vivida, pois a dor sentida é uma variedade construída individualmente. Isso é vivenciado com tamanha intimidade que a objetividade do profissional da Saúde não dá conta de compreender, porque a base conceitual que ele tem é eminentemente anatômica e fisiológica (FREYRE, 2009), por isso a importância do olhar atento do profissional da Saúde.

A seguir, a narrativa de outro profissional:

*Eu me considero a pessoa mais importante [risos], sabe por quê?, porque é o profissional que está do lado do paciente o tempo todo, hoje nós temos um empoderamento maior, a Enfermagem tem um poder de decisão maior, conquistou respeito, conquistou espaço, se a gente tem o conhecimento, a gente tem que ajudar, a gente tem que cutucar a equipe, a gente tem que fomentar a equipe multidisciplinar para que este paciente tenha um trabalho completo dentro da instituição. Eu, como profissional de enfermagem, eu posso favorecer isso pro paciente, se eu quiser, eu devo favorecer, mas depende muito da minha atitude, esse paciente tem que sair daqui em 3 dias, ele vai sair em 3 dias, porque eu vou ficar no pé do fisioterapeuta, vou ficar no pé do médico, vou ficar no pé do titular, no pé da equipe de enfermagem, pra que esse paciente se reestabeleça e saia, então eu acho que a gente tem total liberdade, total autonomia de fazer isso, basta a gente querer, então a minha influência é bem grande e até por questões assim, se eu não fizer minha parte provavelmente eu vou causar um dano pra esse paciente, o erro, a gente está trabalhando muito com isso agora, vai prolongar a estadia*

*desse paciente aqui, vai causar uma outra doença pra esse paciente, e aí como que ele vai se reestabelecer, então a minha responsabilidade é muito grande. (Enfermeiro 3).*

Esta narrativa não descreve a autovalorização no sentido de se impor como profissional, mas pela percepção de ter conquistado espaço pelo empenho profissional, e sua motivação primeira é o bem para o outro, o indivíduo que está internado, longe do seu contexto social, e o profissional preocupado com esta situação procura movimentar os colegas para cumprir o prazo em respeito à pessoa.

Abaixo, o relato revela a busca do profissional por fazer diferente do que percebe ocorrer em outros segmentos da Saúde:

*[...] quando vem um paciente nos procurar, ele vem pra ser tratado um segmento, vem pra tratar o ombro, vem pra tratar a coluna, o joelho, então ele não vem pra ser tratado o ser humano, ele vem fragmentado, partes desse ser humano, e o que nós fazemos? [...] Nós tratamos aqui não o segmento, nós tratamos o ser humano, nós queremos recuperar o ser humano, tratar o segmento, às vezes com uma medicação ou com o passar dos dias, isso muitas vezes recupera, recupera sozinho, vai fazer uma cirurgia, aquele ponto vai cicatrizar e vai recuperar, a pessoa vai voltar à função, às vezes mais cedo, mais tarde, com mais dificuldade, vai ficar uma sequela, pode ser que sim ou não, se ela não tratar, mas nós tratamos o ser humano, nós procuramos fazer um vínculo de amizade, acho que isso é uma grande contribuição que temos, não só na área da Saúde, mas na parte de humanização da Saúde. [...] Eu acho que essa é a filosofia que nós procuramos aqui aplicar e eu tenho isso, eu fui criado no interior, sempre com dificuldades, me formei também com grande dificuldade e sei disso. Meu pai passou por isso, eu perdi meu pai com câncer, e meu pai foi tratado de uma maneira muito humana, trataram meu pai, olha, acho que devo muito a isso [...] acho que levei isso como base do meu dia a dia. (Fisioterapeuta 2).*

A preocupação revelada é para ação que cause sentido no outro, atitude esperada entre os seres humanos, já que a natureza por si só é capaz de reestabelecer o dano no corpo. A falta de sentido causada pela separação do concreto e do subjetivo nas práticas de saúde gera incredibilidade dos profissionais

por parte dos indivíduos, fazendo com que eles relativizem suas considerações em relação ao tratamento (MINAYO, 2004). Nota que é justamente esta credibilidade que o profissional busca resgatar. “É o indivíduo que adoece e enfrenta a dor” (MINAYO, 2004, p. 178), portanto é para ele, integralmente, que as atenções devem ser voltadas.

Somos herdeiros do paradigma cartesiano e mecanicista, que a partir do século XIX tornou-se dominante (DINIZ, 2006) no ocidente. Ficamos presos às formas, aprendemos a ter uma visão limitada do nosso corpo, compreendido como uma máquina na qual as peças podem ser consertadas quando danificadas, e a reconfiguração do profissional da Saúde apresenta-se como necessária, conforme excerto abaixo:

*[...] o profissional realmente tem que ser o ordenador do cuidado, ele que vai direcionar o cuidado. E o que nós temos hoje em dia? Nós não temos um profissional que faça isso, eu cuido do olho, eu cuido da perna, eu cuido do braço, eu cuido dos preventivos, eu cuido da vacina e quem vai direcionar essa família pro cuidado integral que essa criança vai precisar? Não tem, não tem, então o que eu tento fazer hoje é abrir os olhos pra família. (Enfermeira 2).*

É preciso buscar a desnaturalização que o método construído atribuiu aos conceitos de saúde e doença, compreender a concepção de mundo que os profissionais da Saúde carregam e nos esforçarmos em conhecer as concepções trazidas pelos indivíduos (ALMEIDA, 2005), mudança necessária para dar conta de responder às questões que a sociedade tem exigido.

Surge a força da subjetividade no objeto concreto que é o corpo. O cotidiano da vida passa a ter fundamental importância, porque cada experiência vivenciada, por mais insignificante que possa parecer, constrói a verdade do indivíduo, ou seja, aquilo que servirá de parâmetro para cada nova experiência. As dicotomias abstrato-concreto, objetivo-subjetivo, corpo-alma, indivíduo-sociedade passam a ser, além de complementares, também dependentes (MINAYO, 2004). O posicionamento que o sujeito assume é resultado dos significados produzidos pelas representações que dão sentido à vida (SILVA *et al.*, 2000). O corpo permite expressar nossa identidade ao mesmo tempo em que serve de reator quando acionado pela doença, permitindo a renovação da nossa personalidade.

### CAPÍTULO III - FOZ DO IGUAÇU: “UMA TORRE DE BABEL”<sup>17</sup>?

Neste capítulo, abordarei as representações formuladas pelos participantes da pesquisa sobre as diferenças culturais encontradas nesta cidade e como elas influenciam nas práticas em Saúde. Como veremos, os entrevistados abordaram características de Foz do Iguaçu como uma cidade atípica para se trabalhar em Saúde, sendo apontada por um deles como uma Torre de Babel.

Conforme consta em Gênesis (Cap.11; vers.1-9) do Antigo Testamento da Bíblia<sup>18</sup>, toda a terra tinha uma só linguagem e um só modo de falar, mas viajando os homens para o Oriente, acharam uma planície na terra de Sinear e ali habitaram. E disseram: “Vinde, edifiquemos para nós uma cidade e uma torre, cujo cume chegue até o céu, permaneceremos juntos para que não sejamos espalhados sobre a face de toda a terra”. Deus, ao perceber a soberba dos homens, decidiu confundir ali sua linguagem, para que não entendessem a linguagem um do outro, e, assim, cessaram de edificar a cidade e foram espalhados dali sobre a face de toda a terra.

A narrativa bíblica revela que não falar a mesma língua é um fator de segregação entre as pessoas, mas Deus afirma que o povo é um só e todos os homens têm uma só linguagem, conforme a situação inicial dos povos na Terra. Entretanto, a ideia que formularam a partir do entendimento entre eles permitiu que planejassem algo que os colocasse em evidência a ponto de alcançar o céu e a Deus, principal razão que motivou a decisão de Deus.

Ao problematizar Foz do Iguaçu como a torre de Babel, vejo não pela perspectiva da segregação, mas da possibilidade que o encontro cultural proporciona experimentar e comprovar que o povo é um só e que a união entre as pessoas deve servir para o auxílio mútuo e não para aliar-se em busca de evidência. Tal como Cucho (2002, p. 243) afirma, “não há diferença *essencial* entre os homens e as culturas, ou seja, que o outro não é nunca absolutamente outro e que há sempre algo de nós, porque a humanidade é uma só e a Cultura está no centro *das* culturas”.

Ainda segundo o autor a “noção de cultura leva diretamente a uma ordem simbólica, ao que se refere ao sentido, isto é, ao ponto sobre o qual é mais difícil de

---

<sup>17</sup> Afirmação do Efermeiro 1.

<sup>18</sup> Fonte: <<http://www.bibliaonline.com.br/acf/gn/11>>. Acesso em: 20 out. de 2013

entrar em acordo”, mas ao mesmo tempo é o ponto em comum entre os homens, porque é o aspecto necessário para a identificação de todos, que os diferenciam. A “Cultura no centro das culturas” a que Cucho (2002) se refere é a evidência da característica principal entre os indivíduos, isto é, a de que todos pertencem à mesma humanidade.

Pautada nas reflexões acima e nas narrativas dos entrevistados, para a realização da análise, as categorias levantadas nas entrevistas a respeito das representações formuladas sobre as diferenças culturais e como elas influenciam nas práticas profissionais foram: as **culturas plurais** que apareceram por conta das diferenças presentes em todas as relações; a **flexibilidade** das práticas adotadas pelos profissionais da Saúde diante da necessidade cultural do indivíduo; o **paradoxo entre reconhecer a importância da cultura e a falta de aplicação prática**, apontados principalmente pelo modelo vigente de Saúde.

Antes, entretanto, serão abordados, também a partir das narrativas, os motivos que fazem com que os profissionais da área considerem Foz do Iguaçu **uma cidade atípica para se trabalhar em Saúde**.

### 3.1 UMA CIDADE ATÍPICA PARA SE TRABALHAR EM SAÚDE

Quando questionados sobre considerarem Foz do Iguaçu uma cidade atípica para se trabalhar em Saúde, eis as respostas que quase todos os participantes deram:

*É diferente, acho que precisa de uma atenção do profissional, [...] ele tem que estar atento a isso, que está disposto, tanto num consultório como em outro ambiente pode chegar várias culturas e respeitar essa cultura, que é importante [...] Então eu vejo que influencia e o profissional da Saúde tem que estar atento a isso e conhecer um pouquinho da cultura. Eu fui aos pouquinhos, hoje eu vejo que muitos paraguaios que vêm, eu entendo um pouco a relação deles, com algum consumo que eles têm [...] (Nutricionista 2).*

*Foz do Iguaçu é atípica em tudo, assim dos lugares que eu já morei é onde eu vejo maior diversidade de pessoas de todos os lugares do mundo, que não só visitam, mas que moram aqui. Eu sinto assim bastante diversidade, principalmente na alimentação [...] vejo como uma vantagem porque o profissional vai aprender a trabalhar em vários contextos, é importante conhecer e trabalhar em diferentes contextos [...] eu, por exemplo, procurei conhecer a culinária árabe, para saber o que eu poderia incluir no cardápio, coisa que em outros lugares a gente não vê isso. (Nutricionista 1).*

*Acho que é assim, eu acho que a gente tem que se adequar à realidade, porque hoje eu vivo aqui em Foz [...] então tem que estudar a vida do paciente, desde a sua origem, do seu nascimento, até o dia de hoje pra ver o porquê dessa dor [...]. (Fisioterapeuta 1).*

*Acho, e justamente por tudo isso, porque às vezes a gente vai em congressos, a gente senta, uma roda de psiquiatras mesmo, e conversa, quando eu falo desse tipo de experiência que eu tenho aqui, eu vejo que o pessoal se surpreende, que não é uma coisa natural, de você ter contato com essas outras culturas, nossa, já atendi um oriental, “Ah, você atende? Lá é assim? Ah, você atende árabe?” Atendo francês, gente que vem de todos os cantos, então acho que é uma coisa atípica. (Médico 2).*

*[...] Foz do Iguaçu é um multiplicador de culturas, eu falo que a mesclagem de todas elas né, a gente lida com árabes, chineses, japoneses, paraguaios, argentinos, cada um com sua cultura e com suas peculiaridades<sup>19</sup> [...] você ter que lidar com as diversas religiões, as diversas crenças, credos, e isso faz com que seja uma cidade completamente diferente de se trabalhar do que outra, nunca vi tanta gente junta, convivendo junta, é uma torre de Babel! (Enfermeiro 1).*

*Com certeza. Tríplice Fronteira, o duro que não é nem isso, Paraguai,*

<sup>19</sup> Importante lembrar que as referências aos hábitos das pessoas de outras culturas são representações construídas pelos profissionais da Saúde a partir das experiências que cada um vivenciou, o que não significa que todas as pessoas do mesmo segmento cultural necessariamente apresentam os mesmos hábitos.

*Argentina, aqui vêm pessoas de todo o mundo, de todo Brasil, que tem uma diferença cultural gigante dentro do Brasil, é nordestino, é carioca, cada um com a sua forma de pensar, sua forma de fazer, então é totalmente diferente [...] do resto do Brasil pra trabalhar. (Enfermeiro 2).*

*[...] Foz do Iguaçu já passou da hora de tratar as pessoas da cidade de forma diferente, de favorecer a cultura dela, de favorecer idioma que é muito ruim aqui na cidade, a gente não consegue se comunicar com as pessoas, eu acho que Foz do Iguaçu é diferente sim, apesar que estas nacionalidades, elas estão instaladas em todos os lugares, mas aqui a gente tem muito. Eu acredito que a gente trabalha diferente sim. (Enfermeira 3).*

*Muito atípico [...] eu aprendo muito com eles [chineses], porque a cultura, principalmente na área da Saúde, deles é milenar, [...] então nós fazíamos essa troca de informações. Eu acho isso fundamental, sabermos lidar com pessoas de níveis mais altos ou mais baixos e diversas etnias e culturas. É extremamente positivo, os paraguaios, por exemplo, vem gente do Paraguai, bem de interior lá, que tem a sua cultura, no tratamento, eles falam “Olha vou passar esse remedinho aqui e isso me fez bem”. Então são coisas boas, eu acho interessante, aprendemos muito com isso sim. (Fisioterapeuta 2).*

Essas afirmações revelam a necessidade de mudanças, tanto vindas de observações positivas — como a troca de experiências e ampliação do conhecimento das diversas culturas —, quanto das negativas — quando se fala na necessidade de preparação dos profissionais e das instituições de Saúde que acolhem estas pessoas. São categorias que não são evidenciadas nas ciências da Saúde, condição que contribui para a não correspondência das expectativas dos sujeitos, mesmo com todo o aparato tecnológico e acúmulo de conhecimento desenvolvido, conforme declara um dos profissionais entrevistados:

*[...] essas questões de se envolver mais com o ser humano que eu acho que nós não estamos preparados, nós somos muito técnicos, os profissionais são muito técnicos, e quando você trabalha uma diversidade cultural como essa, não dá, você*

*precisa valorizar outros aspectos, e como eu te falei, que muitas vezes são prioritários para aquela família e muitas vezes a gente não tem visto, a gente não presta a atenção nisso, esse que é o problema, não prestam ou simplesmente não querem prestar a atenção. (Enfermeiro 2).*

Viver em sociedade capacita o indivíduo a analisar situações e rever conceitos internos. Com a necessidade inerente do ser humano de criar representações a partir da interação com o mundo e com as pessoas que os cercam, o indivíduo cria elementos que permitem compreender a realidade, gerenciá-la e enfrentá-la (JODELET *apud* ALMEIDA, 2005). Na convivência com o outro se constrói a representação, composta de conteúdos diversos como linguagem, valores e opiniões, baseados em diferentes suportes. Estudar essa representação “constitui importante instrumento para a compreensão das realidades sociais, e de seus elementos, cristalizados e emergentes” (ALMEIDA, 2005, p. 47).

Representações são ideias que cada indivíduo faz sobre determinado assunto, baseado nas experiências vivenciadas e valores que carrega, podendo ser definidas como “categorias que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (MINAYO, 1994, p. 108), elaboradas através da relação dos indivíduos em seu grupo social. Neste espaço compartilhado por todos, cada um pode desenvolver e sustentar saberes sobre si próprio, saberes em comum, isto é, representações. As dicotomias abstrato-concreto, objetivo-subjetivo, corpo-alma, indivíduo-sociedade passam a ser, além de complementares, também dependentes (MINAYO, 2004). O posicionamento que o sujeito assume é resultado dos significados produzidos pelas representações que dão sentido à vida (SILVA *et al.*, 2000). Expressam a forma como a comunidade vive, caracterizando-se também pelo acúmulo de experiências adquiridas por gerações, além de revelar a trajetória atual do grupo, pelo caráter dinâmico que possui (ARAUJO, 2008).

O contato com pessoas de diversas formações culturais cria grandes possibilidades de identificação e ampliação cultural pelo convívio com o diferente, chamando ao exercício do reconhecimento da individualidade. Silva (*et al.*, 2000) esclarece que a nossa identidade é construída num processo relacional, vinculada a condições sociais e culturais que, justamente, afirmam-se pela diferença. O interesse nesta discussão é que o conceito de cultura permeie o aspecto de significação para o indivíduo que convive com o pluriculturalismo. E quando houver

referência a pessoas de outras nacionalidades que têm aspectos culturais diferentes, utilizar-se-á o termo “cultural”, representado por Canclini (2009, p.48) como sendo o “choque de significados na fronteira”, e “pluriculturalismo”, para representar o encontro das diferentes culturas — embora ciente que não é possível identificar e fixar limites de uma cultura particular, pelo caráter dinâmico que tem (CUCHE, 2002).

Portanto, se considerarmos a identidade cultural uma “produção que nunca se completa, que está sempre em processo e é sempre constituída interna e não externamente à representação” (HALL, 1996, p. 68), os profissionais da Saúde de Foz do Iguaçu têm a oportunidade de construir identidades mais políticas, mais plurais e diversas pela ação “pluralizante” da globalização, termo utilizado por Hall (2006) ao se referir à produção de variadas possibilidades e novas idealizações, tal como pode ser observado também no excerto da entrevista abaixo:

*[...] óbvio que a gente vê que a cultura hoje geral, ela está bem influenciada dessa globalização, tá um pouco misturado [...]* (Nutricionista 2).

Se isso ocorre através da globalização definida por McGrew citado por Hall (2006, p.67) como “processos, atuantes numa escala global, que atravessam fronteiras nacionais, integrando e conectando comunidades e organizações em novas combinações de espaço-tempo”, é possível dizer que o contato direto com os indivíduos vindos de outros países também proporciona uma interação que permite a aproximação de outras realidades antes não conhecidas, levando a comparações do nosso cotidiano com o cotidiano dos outros.

Esta comparação reflete no processo de controle social, argumentada por Canclini (2007) — em que a globalização diminui a atuação dos Estados, locais ou nacionais, devido à dissolução da sensação de segurança mantida pelo sentimento de pertencer a uma nação ameaçada pelas relações transacionais. Segundo Hannerz (1997), um ambiente de diversificada corrente de cultura influencia na modelagem de cultura do indivíduo quando imerso neste contexto.

Cada vez mais nos distanciamos do período em que as identidades eram definidas por essência ou, conforme cita Hall (2006), divinamente estabelecidas. Constantes inovações tecnológicas tornam instáveis identidades étnicas fixadas por bens exclusivos (CANCLINI, 2005), daí porque Ginzburg (1989) afirme que em uma

sociedade de diversidade cultural o nome, ou seja, aquilo que identifica o indivíduo dos demais é tanto mais insuficiente quanto mais complexa for.

A realidade posta pela interculturalidade e pela interconexão social que se estende do local ao global tem alterado intimamente as pessoas e suas existências cotidianas (HALL, 2006). É possível perceber que a construção das identidades acontece dentro de discursos, como estratégia de poder e necessidade de demarcar diferença, uma ação mais de exclusão do que de identidade de unidade (HALL, 2000). E o uso que faço aqui do termo identidade é o que foi manifestado por Canclini (2005, p. 117): “a identidade não como uma essência intemporal que se manifesta, mas como uma construção imaginária que se narra”, e também como refere Hall (2006, p. 48), ao afirmar que as identidades não nascem prontas em nós, vão sendo “formadas e transformadas no interior da representação”.

Um dos elementos emergentes importante a se ressaltar nesta discussão é a capacidade de se adaptar com a diferença. Marconi e Presotto (2010) discutem a capacidade adaptativa dos indivíduos como uma qualidade, ou seja, a disposição para interagir com o outro é colocada como condição de sobrevivência, tal como a atitude observada na narrativa do próximo entrevistado:

*Uma vez internou uma norteamericana que ninguém conseguia entender o que ela falava, aí fui lá, tentei explicar, saber o que ela queria, e consegui, depois o pessoal ficou falando, “ah, a enfermeira fala inglês”, eu não, só um pouquinho, não vão ficar me chamando toda vez que vier estrangeiros porque não falo muito bem [...] (Enfermeiro 3).*

A partir do relato é possível perceber que a dificuldade na fluência da língua não impediu que a vontade de suprir as necessidades do outro fosse alcançada. Este exemplo permite apontar que acima das diferenças culturais está a condição de ser humano, fator que pode ser evidenciado à medida que houver interesse pelos aspectos culturais que moldaram o indivíduo de forma diferente da nossa.

A respeito da influência cultural na subjetividade do indivíduo, importante destacar que, a partir da década de 70, a cultura passou a ser definida como uma teia de significados e como estrutura de significação socialmente estabelecida (GEERTZ, 1989). Estudos decorrentes desta época permitiram compreender que os indivíduos interiorizam significados à medida que vivem experiências comuns e

compartilhadas com outros do meio social. Neste processo dinâmico, a cultura faz o sujeito e o sujeito faz a cultura (GIMENEZ, 2009), estando a cultura em todos os segmentos da vida humana, inclusive na saúde.

Neste aspecto, ao afirmar que “aprendemos a ficar doentes”, Oliveira (2002) estabelece que passar pela experiência da doença também é uma condição determinada culturalmente, ou seja, reagimos à nova condição de acordo com o ambiente social em que fomos inseridos. Um estudo de antropologia realizado nos Estados Unidos analisou três grupos de americanos de origens étnicas diferentes, italiana, inglesa e russa, e constatou que os grupos apresentaram diferentes reações perante a experiência da dor e a significação atribuída à dor. Foi possível notar que, para exteriorizarem o que sentem, as pessoas baseiam-se em conceitos e significados construídos no imaginário coletivo dos grupos aos quais pertencem (ADAM; HERZLICH, 2001).

Os autores Adam e Herzlich (2001) ilustram que essa influência cultural sobre o indivíduo implica, por exemplo, no motivo dele ter dificuldade em parar de beber ou fumar, uma observação que desvela a necessidade de apreciar as relações estabelecidas além da decisão pessoal, como pode ser observado no excerto da entrevista com o Enfermeiro 1:

*[...] o que que a cultura dele interfere no físico, no sentido de alimentação, por exemplo, o árabe no Hamadã, então toda essa parte interfere no físico, na minha profissão, nesta área específica interfere muito, porque interfere no ganho de peso entre uma sessão de diálise e outra, o jejum do Hamadã é um período que você tem que tomar muito cuidado com a diálise desse paciente. Por exemplo, o chinês tem muito condimento na sua comida, então isso interfere na saúde dele, ele não consegue comer sem. Por exemplo, o paraguaio toma tererê e chimarrão o tempo inteiro, isso interfere no ganho dele. A cultura interfere em tudo, fisicamente a cultura interfere muito mesmo, se você não conhecer, você não consegue avaliar. Por exemplo, aquele paciente que ganha muito peso, específico da minha área, mas um paciente que acaba não tendo controle da sua ingestão hídrica, o quê que acontece, às vezes ele fala pra você “mas eu não bebi nada”, porque o chimarrão e o tererê dele não considera líquido, está culturalmente arraigado, aquilo é parte do dia a dia, aquilo não é escorregadela, então acaba interferindo muito (Enfermeira 1).*

Esperar que o sujeito abandone um hábito cultural simplesmente por mostrar a ele o dano causado à saúde é desconsiderar a complexidade do ser humano, que, em muitas situações, não responde por si, mas depende intimamente das regras estabelecidas na comunidade a qual pertence,

(...) como categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. Afirma que essas categorias não são dadas a priori e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais, transformando-se, elas próprias, em fatos sociais passíveis de observação e interpretação. [...] É a sociedade que pensa, portanto as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual. [...] Conservam sempre a marca da realidade social onde nascem (MINAYO, 2004, p. 159).

Este importante determinante social ausente na maioria dos cursos formadores de profissionais da Saúde impede que se desenvolva domínio neste contexto e valorize a técnica. A prática em Saúde não pode ser encarada com conceitos mecanicistas, por ser um processo dinâmico imbuído de subjetividades e complexidade própria do objeto em questão: o ser humano.

### 3.2 CULTURAS PLURAIS

O encontro cultural proporciona observar que cada cultura utiliza elementos significantes que servem como distinção social e não é possível analisar um traço cultural sem compreender antecipadamente o conjunto dos fatores que dão sentido a estes traços (Cuche, 2002) — cuidado esse percebido nas narrativas dos profissionais da Saúde em relação ao contato com pessoas de outras culturas:

*[...] Os orientais também, eles têm a sua cultura, [...] os orientais vêm aqui e no meio de todos arrotam, soltam gases, que é da cultura deles, pra eles é normal, e as pessoas que estão em volta acham aquilo uma ofensa, e pra eles é extremamente natural e normal, então nós temos que lidar com esses conflitos culturais, que é muito legal também, muito interessante. (Fisioterapeuta 2).*

Outros aspectos aparecem como hábitos que não convergem para a melhora do sujeito, do ponto de vista dos profissionais, que por sua vez posicionam-se contrários às práticas dos indivíduos.

*[...] uma vez eu atendi um árabe que estava com uma queixa de dor nas costas, então precisava ver a coluna dele, então ele se negou a tirar a roupa, a camiseta, porque ele era uma pessoa muito religiosa, ele não poderia se despir na frente de uma mulher [...] Simplesmente, ah, me desculpa, mas eu não posso tratar sua coluna sem ver, sem tocar, isso faz parte do meu procedimento [...] eu respeitei a opinião dele, ele a minha, tem outras opções, existe fisioterapeutas homens. (Fisioterapeuta 2).*

*[...] alguns deles [...] têm uma maneira de rezar que eles têm que se ajoelhar no chão, então, se eles têm uma queixa de dor no joelho, isso já não vai mais poder acontecer. (Fisioterapeuta 2).*

*[...] pra eles não é questão saúde, pra eles é o natural [primos de primeiro grau se casarem], eles sabem que não é exatamente a saúde, é a questão que a cultura deles, que funciona dessa forma, mas pra eles não é questão saúde, não está influenciando. (Fonoaudiólogo).*

Estas narrativas referem-se a posicionamentos que os indivíduos mantêm mesmo que estejam ligados diretamente com o prejuízo à saúde.

A seguir, é possível perceber um conflito cultural e não relacionado com a saúde:

*Teve uma situação que eu tive que chamar a segurança inclusive, e ele veio pra agredir, eu tive que chamar a segurança, eles tiveram que me tirar do Setor, tirar assim, me trancar numa sala porque eu também acabei ficando alterada na hora, e foi uma situação assim bem difícil, e tudo porque queria entrar uma visita a mais e eu não liberei, só por isso, e aí ele não aceitou, eu lembro assim que ele falou: “Quem é você, uma mulher, pra falar o que eu vou fazer, ou deixar de fazer!” então eu vi assim, não era nem tanto pela norma do Hospital, e sim por ser uma mulher colocando uma norma, o que deveria ou não ser feito. (Enfermeiro 2).*

No relato deste caso específico, a entrevistada explicou que, depois do fato ocorrido e dos ânimos acalmados, percebeu que havia vários motivos para que o pai da criança, que estava internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, tivesse um comportamento agressivo, e que mais tarde ele a procurou para pedir desculpas. Concluiu afirmando ter sido um episódio lamentável que poderia ser evitado, mas quando questionada sobre conhecer aspectos desta cultura em questão, ou seja, a de não aceitação de homens receberem ordens das mulheres, o que previamente evitaria o conflito, ela respondeu que não, por ser uma posição negativa e continua:

*Eu acho assim, quando é um aspecto cultural, que é uma forma positiva, como, por exemplo, ligado à espiritualidade, como a situação do parto que te falei, eu acho que deve ser respeitado, que nós não temos que intervir [...] É uma situação negativa. Eu tenho que agir de uma forma igual com todos. (Enfermeira 2).*

A entrevistada afirma que as diferenças não devem ferir a questão do respeito pelo outro. Vê-se aí uma questão de como deve se estabelecer a ética, retomando Christians (2006): para que seja estabelecida a ética, é necessária a integração dos julgamentos morais a partir da experiência cotidiana que as pessoas compartilham contextualmente em seus limites culturais, raciais e históricos. Somente através da convivência, do acúmulo de sabedoria, da reintrodução do amor, felicidade, compaixão, beleza e da aceitação do outro é possível a ação moralmente adequada. Como a preocupação observada no excerto da entrevista a seguir:

*[...] Isso é muito importante, se você não conhecer cada ser humano, como ser humano, você não consegue adaptar o tratamento tão restritivo que é o tratamento da insuficiência renal para aquele indivíduo, você tem que tratar ele único, aquele indivíduo é único. (Enfermeiro 1).*

Somente através da ênfase na pessoa é possível obter melhores resultados no Setor da Saúde. Se o contato com pessoas de diferentes culturas possibilita o reconhecimento da individualidade, a consideração pelas culturas plurais torna possível atitudes mais receptivas na sociedade.

### 3.3 FLEXIBILIDADE

Nos próximos relatos, nota-se postura aberta e flexível para as questões de hábitos diferentes, como a experiência narrada pelo profissional em ambiente hospitalar:

*Eu tive um bebê internado na neonatal [...] não era normal a gente deixar entrar muitas pessoas, naquela fase da doença, [...] porque eles precisavam [a família], a esperança de que aquela criança fosse curar, [...] eles trouxeram algumas pessoas pra fazer as orações, e tinha objetos simbólicos que botavam na criança e pediam pra deixar amarradinho na perninha da criança, que aquilo lá fosse curar a criança, então nós acabamos cedendo e deixando, afinal de contas, eles acreditavam que aquilo poderia fazer com que a criança melhorasse, ninguém impediu que eles fizessem, mas deixar de puncionar uma veia, deixar de aspirar, deixar de entubar, isso não, isso nunca interferiu, mas essas outras coisas assim menores que, se a gente for pensar, a gente acaba intervindo demais nos problemas das pessoas, muitas vezes que são intervenções até desnecessárias, que poderiam ser evitadas. (Enfermeiro 2).*

A afirmação final do profissional revela que a atuação dos profissionais da Saúde passou a não ter limites devido à cultura criada para a dependência das pessoas com aqueles que foram autorizados em responder por sua saúde, mas que, na prática, muita coisa pode ser alterada para responder às necessidades das pessoas.

Os relatos apontam que o contato com pessoas de outras culturas permite conhecer posicionamentos e atitudes incomuns para os profissionais da Saúde, tal como não estender a mão para cumprimentar, pois determinada cultura evita o toque entre homens e mulheres, ou o hábito de eliminar gases mesmo entre outras pessoas, diferentes hábitos alimentares, modos de vidas diferentes com os quais os profissionais da Saúde lidam com frequência.

A seguir, os relatos dos hábitos culturais com os quais os profissionais se adaptaram, alterando algumas rotinas e práticas, procurando respeitar aquilo que é

considerado importante para o outro. É possível notar que o primeiro contato com estes comportamentos deu-se de forma inusitada:

*[...] eu lembro quando a gente admitia mulher, e a gente tem homens e mulheres trabalhando na área da enfermagem, tanto na área médica, uma vez a gente admitiu uma árabe e tinha um rapaz cuidando dela, a hora que ele entrou no quarto foi aquele susto, ela colocou rapidinho o véu e marido ficou muito bravo, muito bravo, mas a gente não sabia que homem não podia cuidar da mulher. Então foi uma coisa que a gente mudou também [...]. (Enfermeiro 3).*

*Na piscina, por exemplo, quando tem árabes e precisamos ir lá, mulheres, nós não podemos entrar naquele ambiente, na primeira vez, eu não sabia, eu precisava entrar e a mulher mergulhou para se esconder, aí saí rápido. (Fisioterapeuta 2).*

Muitas vezes, o contato inicial com hábitos diferentes causa estranheza em ambiente hospitalar. Como pode ser observado no excerto abaixo, esses contatos podem gerar situações interessantes, porque quebram a rotina rígida que os hospitais tentam manter o que, nesse caso, gerou questões reflexivas dos entrevistados, conforme vemos a seguir:

*[...] eu lembro de um trabalho de parto, que, rotineiramente, se você for fazer um acompanhamento em trabalho de parto, você tem algumas intervenções, mas naquela mulher eu lembro que praticamente não foram feitas intervenções porque a mãe levou um tapete pra fazer as orações [...] O negócio dela era ajoelhar ali no chão, fazendo aquela posição de prece momentânea e orar, então nós ficamos sem ação pra estar fazendo as intervenções com a mãe da parturiente fazendo aquelas orações. (Enfermeiro 2).*

Percebe-se que, mesmo diante da situação inusitada, os profissionais da Saúde, segundo o relato, não interferiram na prática ritualista da mãe da parturiente, porque consideraram que era importante para elas. É importante considerar, como afirma Seve (1997, p. 83) que, “não acreditar na alma não autoriza a ignorar o assunto. Não acreditar em Deus não autoriza negar a pessoa. Acreditar em Deus não autoriza a desconhecer os dados biológicos ou as relações sociais”.

Por outro lado, é possível perceber também que, em algumas ocasiões, os profissionais da Saúde esforçam-se em convencer o indivíduo quanto aos hábitos que podem ser prejudiciais à sua saúde.

*[...] eles têm um costume alimentar diferente, eles têm tabus alimentares diferentes, criações diferentes [...]. Vêm também com questionamentos diferentes que foi moldando ao longo da vida, por educação, por cultural, por ser da região deles mesmo, e aí óbvio, aquilo que é tabu, é mito, eu organizo, explico, soluciono ali, mas aquilo que é cultural, que está fazendo bem, vamos manter, vamos respeitar e vamos orientar dentro do que for bom pra ele. (Nutricionista 2).*

*[...] ele crê na ação dos chás, tem uma ação muito grande, ele acredita piamente nisso, então ele acredita que isso vai interferir no bem estar dele e ele busca esse tipo de coisa, busca a ação das ervas, das comidas, então é um pouco da cultura indígena né, vem um pouco arraigado dessa cultura que é muito fiel a isso e ao mesmo tempo você tem que mudar, então como que você vai agir? De que maneira você vai orientar? Porque pra ele conseguir manter uma qualidade de vida na minha área, pro ser humano, doente crônico, conseguir manter uma qualidade de vida, apesar da doença crônica, ele tem que abrir mão de algumas coisas, por exemplo, tem que tomar menos chás, ele tem que perder um pouco esse lado cultural dele, por exemplo, tudo que é muito natural, verduras, frutas, tem uma quantidade muito grande de nutrientes, que ele não pode ingerir, que vai ficar acumulado ali, então você tem que trabalhar esse outro lado, parar, pensar, perguntar, avaliar, hábito alimentar, hábito de hidratação até, o que que ele costuma tomar [...] então você tem que parar e pensar, não tem jeito, tem que achar uma estratégia sempre! (Enfermeiro1).*

Estes relatos mostram que, acima de tudo, os profissionais buscam defender a saúde do sujeito, uma atitude que exige dedicação:

*[...] porque você não consegue romper uma crença com muita facilidade, você tem que ir comprovando, então ele vai testando, [...] porque não tem o que fazer e esse é o dia a dia dele, então ele vai testando os limites, vai se impondo à medida das vezes que acarretam um mal estar muito grande, até você conseguir*

*convencer, tirar aquela crença cultural de que aquilo não vai fazer bem mesmo pra ele, ele vai ter que se limitar né, vai ter que ter algumas restrições, então minha área lida com isso no dia a dia, não tem jeito. [...] É lógico, você pode orientar de uma maneira geral, agora você tem que buscar naquele indivíduo quais as nuances que vão determinar com que você “sequestre” esse indivíduo para o que você está falando, é um sequestro mesmo, você tem que fazer com que ele acredite no que você está falando, você não vai fazer a parte mais importante da terapia dele, que é a hora que ele não está lá com a gente. (Enfermeiro 1).*

É preciso ressaltar que a insistência para a mudança de hábito não se faz por uma imposição autoritária, no sentido de que o profissional se acha dono da razão em relação à saúde, mas na tentativa de ajudar o indivíduo a perceber, até com uma certa angústia, que aquilo que ele considera tão comum nos seus significados culturais diários, não poderá mais acontecer, pelo menos não com frequência, em detrimento à manutenção da própria saúde.

#### 3.4 PARADOXO ENTRE RECONHECER A IMPORTÂNCIA DA CULTURA E A FALTA DE APLICAÇÃO PRÁTICA

A presente categoria foi destacada da narrativa de uma única entrevista, com o Enfermeiro 3, para exemplificar, pois a mesma revela, em vários momentos, a importância do contexto cultural do sujeito na prática profissional da Saúde e a inaptidão do modelo vigente da Saúde para lidar com esta questão. Os demais participantes também se mostraram sensíveis à cultura do indivíduo, porém não fizeram esta correlação.

Pode-se depreender da narrativa abaixo que tanto a formação acadêmica quanto as práticas em Saúde, quando orientadas pelo modelo biomédico, não preparam o profissional para questões consideradas relevantes para o sujeito atendido, pois dá mais ênfase aos procedimentos metodológicos e técnicos que à vivência social e aos aspectos culturais, já que considerado o caráter da medicina social, por exemplo, como uma subárea dentro da categoria médica (QUEIROZ;

CHIARINI, 1990). A seguir, trago o excerto da entrevista que se refere à formação profissional:

Pesquisadora – *Teve na sua graduação disciplina como Antropologia, Sociologia ou Psicologia?*  
Enfermeiro 3 - *Bem pouquinho e a gente não gostava, a gente achava difícil de entender (risos). [...]. Hoje, olhando no trabalho, se tivesse, poderia ajudar a compreender melhor algumas coisas.*

A afirmação do entrevistado revela que a preparação profissional não atingiu o objetivo de trazer a visão ampliada do ser humano caracterizada nas disciplinas mencionadas, pelo caráter fragmentário do paradigma que impregnou nas ciências e suprimiu os conceitos empíricos construídos pelos indivíduos através de suas experiências sociais, culturais e subjetivas, influentes na concepção de saúde e doença. A respeito da hegemonia do caráter biologicista e medicalizante na formação dos cursos de Saúde, encontramos muitas críticas, tal como afirma Ceccim e Feuerwerker (2004) sobre o caráter da formação em Saúde:

O ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

A formação acadêmica pautada na biotecnologia incita o profissional a crer que alcançou um conhecimento que julga ser melhor em relação à saúde dos indivíduos — motivo pelo qual a maioria acaba assumindo uma atitude paternalista diante daqueles que buscam pelo seu atendimento, como se a partir desse momento a responsabilidade da saúde do indivíduo passasse a ser sua. Desconsidera o fato de que a relação entre o profissional da Saúde e o sujeito atendido é antes de tudo a oportunidade que o profissional tem de ajudar a minimizar o sofrimento da pessoa e contribuir com seus conhecimentos e experiências adquiridos para que ela própria possa elaborar novos significados que a tornará capaz de superar a experiência da doença (MELEIRO, 2001).

No excerto a seguir, é possível observar que o entrevistado considera importante o conhecimento da cultura à qual o sujeito pertence, mas que tanto as instituições, quanto os profissionais da Saúde que estão submetidos ao modelo tecnicista de atendimento à saúde encontram falha em aplicar um tratamento que também leve em consideração a diversidade cultural.

*Pesquisadora - Você acha que na tua abordagem ao paciente ou o familiar, é importante conhecer aspectos que vão além dos aspectos físicos e fisiológicos?*

*Enfermeiro 3 - É importante, mas infelizmente ainda não existe, eu acredito bastante falho, vou falar aqui do Hospital, a gente tem algumas culturas, então a gente sabe por cima, mais ou menos, quais são as regras daquela cultura que a gente atende aqui, mas a gente não para, no histórico de Enfermagem que a gente faz, a gente não para pra perguntar o que que vai influenciar aquela estadia daquela pessoa dentro da Instituição, o quê que ela deixou de fazer de ritual, que ela fazia da cultura dela, que vai ter que deixar de fazer, ou nós vamos ter que adaptar para ela aqui dentro, seria bem interessante incluir esse item porque a gente está na fronteira, a gente não tem conhecimento das nacionalidades do total da cidade, a gente ouve, ah tem 70 nacionalidades, mas o que mais a gente atende? A gente tem uma estatística de maior número de atendimento, mas até mesmo a nossa nação aqui do lado, o paraguaio, ele é diferente quando interna, o argentino interna pouco, mas ele também é diferente, até os americanos [se referindo aos norte-americanos] quando eles internam eles são diferentes, e a gente tem muita dificuldade, muita dificuldade.*

O profissional revela que os procedimentos adotados não permitem que o enfermeiro aprofunde-se para compreender melhor os aspectos que são importantes para a pessoa que se encontra fora do seu contexto social quando está internada no hospital, mas o recorrente contato com as diferentes culturas mobiliza atitudes de respeito pelo que considera importante, como observamos na continuidade da entrevista:

*[...] a gente teve um problema na UTI, que a família queria ficar velando o corpo antes de ir por necrotério ou antes de ir pra funerária, mas a nossa rotina é*

*morreu, leva pro necrotério, vem a funerária e busca, mas não é assim na cultura deles. Bom, velar não dá, mas o que que a gente pode fazer, fica um pouco então aqui, porque já ajuda eles nessa questão, não é totalmente a cultura deles, a regra da cultura, mas pelo menos eles ficaram um pouquinho ali, um pouco com o corpo antes dele ser deixado sozinho no necrotério (Enfermeiro 3).*

*[...] E a gente já recebeu agora uma outra cultura que nós estamos analisando, vai nascer um bebê em fevereiro e a família já ligou aqui que eles querem, eles têm um ritual, eles vão trazer um pano branco estéril porque eles querem guardar o sangue, querem envolver o bebê nesse pano branco quando ele nascer, que é o primeiro bebê da família, e querem que a gente devolva o pano porque eles vão guardar pro resto da vida. Antigamente, não o que que é isso, o campo é do hospital, a gente não tem nada a ver com isso, hoje não, a gente já respeita mais, então já está tudo formalizado, já estão todas as enfermeiras e todos os médicos avisados que quando internar essa paciente eles vão trazer o campo, que é pra eles pegarem, mandar esterilizar e devolver o campo pra família, então assim o pessoal tá um pouco mais adaptado, mas olha o medo da família, vai nascer em fevereiro, eles já estão avisando agora porque provavelmente eles devem encontrar dificuldade. Essas pessoas que têm uma cultura diferente devem encontrar dificuldade em lugares comuns como mercados, hospital, hotel e é uma pena né? (Enfermeiro 3).*

É possível perceber que o contato com o diferente leva a reflexões sobre as normas estabelecidas pela cultura dos próprios profissionais. Os indivíduos interiorizam cada experiência a partir das interpretações que fazem das interações sociais. Viver em sociedade permite que constantemente haja uma reorganização interna sobre os conceitos afirmados, sendo possível identificar que pessoas com culturas diferentes também definam e interpretem a doença de forma diferente. Por isso, utilizar o mesmo padrão de atendimento para todo indivíduo não alcança o resultado esperado, justamente por não trabalhar a individualidade através do reconhecimento de suas crenças e valores (FALLER, 2011). Parafrazeando Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.), trabalhar em Saúde é trabalhar com a “pessoa que tem a doença” e não o tipo de “doença que a pessoa tem”, uma ideia que se perdeu ao longo do caminho, mas que precisa ser retomada, a começar pelos próprios profissionais da Saúde. Abaixo, veremos que, mesmo que o profissional tenha uma

postura voltada ao interesse pelo outro, aponta a impossibilidade de aplicar a abordagem holística nos moldes impostos no Sistema de Saúde atual.

*[...] infelizmente tem algumas coisas na nossa área que a gente não dispõe de tempo pra pessoa, se a gente dispusesse de tempo com certeza a gente entraria mais a fundo pra saber quais eram os motivos, por que que aquela pessoa está aqui, por exemplo, a gente conversa com o paciente, mas depois [...] a pressa te corta, você inicia o assunto com essas pessoas e não termina, a pessoa fica meio que abandonada e fica na expectativa de que poderia ter conversado mais [...]. Quando a gente entra em outros assuntos [...] que não são os específicos, a gente consegue maior confiança dessas pessoas, consegue resolver com maior facilidade os problemas que a gente tem aqui dentro e a pessoa sai muito mais satisfeita, porque você se interessou por ela, não por causa da doença, você se interessou por ela. [...] Só que o ser humano é engraçado né, algumas pessoas acham que não é serviço delas fazer isso, então elas tratam a pessoa, não objeto, mas assim, meu objetivo aqui é tratar a doença, ah, procura o serviço social, ah, procura a psicóloga, a pessoa não quer resolver, ela não quer se envolver, eu acho, na verdade, se ela se envolvesse e conquistasse essa pessoa, ela conseguiria resolver muito melhor os problemas. Ai, eu gosto de fazer isso, eu gosto de, eu vejo a pessoa no corredor, eu já paro, já pergunto, não, não é aqui, a gente tenta resolver, eu tenho tentado mostrar pros meus que é mais fácil resolver por esse lado do que pela inflexibilidade, mas o número de pessoas são muitas e aí a gente não consegue né (Enfermeiro 3).*

Mesmo que o profissional perceba o resultado positivo em agir de acordo com a necessidade do sujeito, procura cumprir com as imposições postas no trabalho, que se preocupa com o numeral, esquecendo as histórias e circunstâncias geradas desses encontros e desconsidera que no processo de saúde e doença

(...) lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente. As soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos “sujeitos” que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, convênios de saúde, construindo uma nova subordinação (GRAZZINELLI *et al.*, 2005, p. 201).

Esta é a realidade hoje dos profissionais da Saúde: estão subordinados e “amarrados” por um sistema criado com objetivos comerciais na área, situação que gera angústia para o profissional, problemas intermináveis no setor da Saúde e, o pior, perigo para o indivíduo.

O presente enfoque da saúde é uma visão reducionista e fragmentada, mas as necessidades percebidas pelos profissionais são para uma atenção mais abrangente da pessoa, uma “abordagem ‘de dentro para fora’ do ser humano, onde o que mais conta é o subjetivismo do indivíduo” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542). Como na perspectiva holística, o profissional evita o uso de termos técnicos e busca manter um diálogo partindo do que o sujeito compreende, evitando julgar por aquilo que o indivíduo desconhece, mas sim pelo que sabe e pela forma como constrói este saber (CANGUILHEM, 1986). Conforme afirma Grazzinelli (*et al.*, 2005, p. 203), “a educação em Saúde deve ser uma construção compartilhada de conhecimento”, pois que todas as culturas têm algo à contribuir, pois são complementares.

## CAPÍTULO IV - SAÚDE E DOENÇA: UM PROCESSO DINÂMICO

Apresento o relato dos entrevistados referente à representação de saúde e doença pelos profissionais da Saúde permitiu observar os seguintes aspectos: **relação com o bem-estar; processo dinâmico** e um processo desencadeado de acordo com as **percepções individuais**, mas antes discutirei a respeito do conceito saúde e doença.

Certa feita, Michel Foucault (1926-1984) afirmou que “não é porque caiu doente que o homem morre, é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece” (FOUCAULT, 1987, p. 177). Uma interpretação que se pode fazer desta afirmativa é que a percepção de saúde e doença que cada indivíduo formula está intimamente ligada à sua percepção de vida, uma construção marcada pelas experiências individuais, sociais, culturais e, principalmente, subjetivas.

O entendimento sobre saúde, importante representação e individual, sofreu várias transformações em cada período histórico e nas mais variadas culturas, por estar submetido às peculiaridades da existência do ser humano, como contexto familiar, social, econômico, político, espiritual e psicológico. Esse conceito acaba tendo uma definição instável. Portanto, “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá dos valores individuais, dependerá das concepções científicas, religiosas, filosóficas” (SCLIAR, 2007, p. 30).

Por isso, represento aqui saúde como a interpretação que cada indivíduo faz do seu estado geral nos momentos de mudanças próprias da vida e sua capacidade de superá-las. Sigo o conceito proposto por Segre e Ferraz (1997) apoiados em uma abordagem da potencialidade humana que é posta à prova a medida que surgem as adversidades, não sendo possível declarar o que é saúde sem a presença das alterações que acarretam para si o fator desestabilizador. Portanto, para abordar a saúde dos sujeitos, é fundamental conhecer os valores, os significados individuais, assim como as experiências adquiridas social e culturalmente para melhor compreender como cada um constrói esta representação. A representação de saúde e de doença afirmada por uma pessoa traduz também a maneira como a comunidade em que vive, age e pensa suas relações, não sendo possível ser aceita

como constante, pois a todo momento é refeita e ampliada em decorrência das interações indivíduo-meio e indivíduo-indivíduo.

Discutir saúde e doença é adentrar no aspecto mais obscuro do ser. Concordo com Minayo (2004), quando aponta que estes fenômenos desvelam a maneira pela qual os indivíduos encaram a morte e exteriorizam seus conflitos gerados pela vivência social e compartilhados culturalmente, razão que justifica a importância da atenção nas atitudes, valores e crenças dos profissionais da Saúde.

Adam e Herzlich (2001) e Berlinguer (1988) apontam que há o questionamento sobre o adoecimento desde as civilizações antigas. A contribuição desses autores ao estabelecerem as definições de saúde e doença está relacionada tanto com a interpretação dos sintomas físicos que as pessoas fazem apoiadas pelos símbolos e significados construídos socialmente, quanto pelo fato de que a doença está presente em cada mutação da evolução humana (BERLINGUER, 1988). Essas análises ajudam a compreender estado de saúde e doença como processos que servem de expressão de crenças (ADAM; HERZLICH, 2001), atribuindo à doença um estado intermediário entre a vida e a morte, valores mais amplos que não vão contra a natureza, mas que podem levar à cura e a novas adaptações nem sempre carregadas de sofrimento (BERLINGUER, 1988).

São exemplos de discussão interminável. A não linearidade e a retomada de antigos conceitos a respeito da saúde são fatos que demonstram que ainda temos muito a desvendar sobre este assunto, a exemplo do Projeto Genoma Humano (1990-2003), que durou mais de dez anos e iniciou com a expectativa de que, mapeando os genes, estruturas contidas no núcleo das células, poderia ser mapeada a causa das doenças, inclusive a do câncer. O resultado final, no entanto, trouxe mais perguntas que respostas e certo sentimento de humilhação, já que comprovaram que os seres humanos têm alguns poucos genes a mais do que um verme. A complexidade do ser humano estaria não na quantidade de genes que possuímos, nem na ação determinante das características que cada indivíduo apresenta, mas na capacidade do organismo humano em combiná-los, pois os genes apresentam-se como estruturas dissipativas que portam probabilidades de se manifestar ou não. E como se dá este processo? A resposta, dizem os cientistas, virá em mais ou menos trinta anos. Mas já afirmaram que as influências ambientais e psicológicas são tão decisivas quanto o genoma no funcionamento do organismo (BARBOSA, 2001).

#### 4.1 RELAÇÃO COM O BEM-ESTAR

As afirmativas a seguir revelam a reprodução do que a OMS conceituou saúde, como sendo “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de completo bem-estar físico, mental e social”.

*Saúde pra mim é o bem-estar integral, você estar bem fisicamente, mentalmente, espiritualmente. O conjunto desses bens estar é que vai definir sua saúde. (Enfermeiro 1).*

*[...] é a sensação de bem-estar, de sentir bem, não sentir nada que esteja incomodando. Você realizar as tarefas normais, do dia a dia, como trabalhar, conversar, passear, sem ter algo te incomodando, te deixando preocupado ou necessitando que tome algum medicamento. (Nutricionista 1).*

*Parto do princípio da definição da OMS, que é um estado de bem-estar físico, psicossocial. (Médico 1).*

*Saúde, eu acho que é o estado físico, psicomental, onde a pessoa em si, ela tá em harmonia, quando o corpo, a mente dela tá fluindo muito bem [...] não existe nenhuma queixa, não existe nenhum ponto negativo que influencie essa pessoa de viver a sua vida e ter funcionalidade. (Fisioterapeuta 1).*

*[...] é o bem-estar físico, social, mental, psicológico do ser humano, também envolve a saúde da família, se a sua família não está bem em todos os aspectos você também não fica bem, então assim, ela é bastante complexa, porque não envolve só o estado físico da pessoa, mas de todos os determinantes sociais inseridos, necessários para sobrevivência. (Enfermeiro 2).*

*Saúde é quando as pessoas estão bem tanto fisicamente, mentalmente, quando elas estão vivendo num equilíbrio, tanto físico quanto mental. (Médico 2).*

O fato de a maioria dos profissionais dar a mesma formatação de resposta, salvo alguns acréscimos que veremos a seguir, demonstra que a construção da ideia saúde está diretamente ligada à conceituação elaborada pelo órgão eleito como representante desse conceito no ocidente — um formato de disseminação do conhecimento herdado desde o período renascentista, em que se estabelecem os conceitos a partir da relação isolada do pesquisador e a natureza, uma perspectiva

ingênua que concebe o mundo natural independente do mundo humano que o percebe (QUEIROZ, 1986), como já visto anteriormente. Embora se afirme que a construção do conceito de saúde ainda hoje assumido pelo Organismo que regulamenta as ações de Saúde baseou-se nas correntes sociais, culturais e econômicas que influenciam na saúde, somente é possível explicar esse conceito dentro do contexto ao qual se dirige, caso contrário,

(...) quando a ciência ou a arte servem no sentido de manter o *status quo* social, elas tendem a se cristalizar num comportamento institucional ritualizado subjugados aos interesses sociais a que servem, referendando o "já sabido" e sem condições de propor soluções e conhecimentos novos. Já o desenvolvimento de uma independência relativa das forças sociais mais imediatas permite à ciência uma postura crítica que é imprescindível à produção (e não meramente reprodução de conhecimento) (QUEIROZ, 1986, p. 310).

Daí a necessidade de relativizar o conceito de saúde para melhor corresponder à sua característica, que é complexa e determinada por diversos fatores que vão além do indivíduo que apresenta a moléstia.

#### 4.2 PROCESSO DINÂMICO

As seguintes narrativas revelam que saúde é um processo em movimento e que depende de fatores externos e internos do indivíduo, ora predominando um, ora outro e, por vezes, ambos.

*[...] Isso entra em equilíbrio dependendo da situação, uma vez predomina mais um ou outro. Por exemplo, uma pessoa que tenha uma anomalia congênita, teoricamente não teria a saúde total, mas ela pode ter essa anomalia, mas tá bem do ponto de vista da abordagem da anomalia, por exemplo, nasceu com a perna mais curta, mas ela é criada dentro de um contexto sadio, do valor dela como pessoa, por exemplo, eu tenho uma "pacientinha" que é saudável, mas ela tem orelha em abano e a mãe desde já quer operar. Então ela é sadia do ponto de vista físico, mas ela tem um contexto que não é muito saudável, que vai, provavelmente,*

*vai induzir ela a um comportamento mais tarde que tenha algum problema, vamos dizer assim [...] Então é um equilíbrio muito dinâmico aí. A saúde, na verdade, ela é dada. Alguém te dá, eu acho. Porque você pode nascer perfeita e depois adoecer e adoecer e enfrentar bem aquela doença ou adoecer e ter uma sequela. São circunstâncias que são muito imprevisíveis, muitas vezes e muito dinâmicas, isso flutua muito. (Médico 1).*

*Bom, saúde é aquela velha história, vive em construção, é um processo de bem estar geral da pessoa, físico, mental, espiritual, que a gente não consegue alcançar nunca [...]. (Enfermeiro 3).*

O que se percebe de paralelo nestas afirmações é que, por depender do equilíbrio de todos os fatores que envolvem a saúde, não é possível alcançá-la nunca, porque sempre haverá descompasso de alguns destes fatores, inclusive daqueles que não dependem de nós, como o exemplo da mãe que se incomoda com a orelha da filha. Uma pequena alteração física que sai da norma e que a mãe já se preocupa em corrigir.

Por essas questões observadas é que se toma como importante a obra de Georges Canguilhem, quando apresenta o estado de saúde como a norma. Para isso, o autor utiliza-se da concepção patológica de Bichat (1771-1802), anatomista e fisiologista francês considerado o pai da patologia, quando transcreve:

(...) há duas coisas nos fenômenos da vida: 1º: o estado de saúde; 2º: o estado de doença; daí duas ciências distintas, a fisiologia, que trata dos fenômenos da saúde, e a patologia, que tem como objeto os fenômenos da doença. O estado fisiológico identifica-se com o estado são, mais ainda que com o estado normal. É o estado que pode admitir uma mudança para novas normas. O homem é são, na medida em que é normativo em relação às flutuações do meio [...] O estado patológico expressa a redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, a precariedade do normal estabelecido pela doença (CANGUILHEM, 1986, p. 188).

Canguilhem coloca que a pessoa é saudável quando é capaz de estabelecer as normas diante das flutuações que lhes são apresentadas. Por exemplo, por mais que a mãe considere necessária a correção estética da orelha da filha, a filha pode ter, futuramente, uma posição para a saúde se admitir que esta alteração é insignificante para sua vida, estabelecendo uma norma sobre seu corpo. A doença se estabelece quando a pessoa não consegue se estabilizar perante a alteração,

como quando o entrevistado coloca “*provavelmente vai induzir ela a um comportamento mais tarde que tenha algum problema, vamos dizer assim*”, supondo que a criança futuramente pode criar um complexo por conta da não aceitação desta alteração, ou seja, a incapacidade de fixar uma norma, gerando a doença.

Portanto, ter saúde é referido como a condição do indivíduo que “conta com o ‘comportamento privilegiado’ [...] no qual o ser vivo responde melhor às exigências de seu ambiente, vive em harmonia e comporta mais estabilidade e menos hesitação” (GOLDSTEIN *apud* CANGUILHEM, 1986, p. 128, grifo do autor), ou seja, perante a doença, o ser saudável é capaz de ultrapassar as condições apresentadas, com uma “margem de tolerância às infidelidades no meio” (CANGUILHEM, 1986, p. 139).

#### 4.3 PERCEPÇÃO INDIVIDUAL

Neste primeiro excerto, mesmo que sejam apontados os aspectos históricos de vida ou origem genética como determinantes do adoecimento, surge também a perspectiva individual.

*[...] eu acho que o adoecimento tem muito a ver com a história delas, com a história de vida, com a genética e as situações que às vezes desencadeiam doença em uma pessoa, podem não desencadear em outras, acho que isso varia muito de uma pessoa para outra. (Médico 2).*

*[...] a doença, ela pode ter uma repercussão que não é estática, depende muito do paciente, às vezes, por exemplo, uma dor que é por uma coisa muito pequena naquele paciente é assim deste tamanho, e em outro é uma dor que ele tolera bem. Mesma coisa bebê com cólica, tem bebê que esgoela e bota a boca no mundo, tem bebê que chora, é diferente. (Médico 1).*

A observação feita pelo Médico 1 em relação à reação perante a dor denota a impossibilidade de estabelecer parâmetros e mensurar a intensidade da dor que somente pode ser estabelecida por aquele que a experiencia, por isso, conforme declara Canguilhem (1986), a normalidade apenas é possível mensurar

individualmente. O normal, normalizado externamente, pode se tornar patológico se gera situações inalteradas para o organismo e quem pode avaliar isso é, somente, o indivíduo, porque é ele quem sofre as consequências (CANGUILHEM, 1986). Um exemplo ilustrativo é quando nos deslocamos para países situados numa altitude muito superior, como é o caso da cidade de La Paz, na Bolívia, em torno de 3.600 a 3.800 (manm); alterações orgânicas causam leves desconfortos para uns, fortes desconfortos para outros, circunstância que depende da condição física de cada um.

Esta peculiaridade inerente de cada indivíduo é que aparece em vários momentos como fator que leva uma pessoa a ficar doente, de acordo com as narrativas dos entrevistados. A seguir, mesmo que seja apontando a condição individual, é levantada uma questão distinta, em que a pessoa quando doente passa a ter adoecidas suas relações, evidenciando a íntima relação dos desajustes internos e externos.

*a) Vulnerabilidade trazida com a doença*

O próximo excerto da entrevista revela a observação do entrevistado quanto ao contexto negativo desencadeado pela doença:

*Como eu lido com doença crônica, você percebe que a doença em si não determina só a doença do paciente, não só o mal estar do paciente, a doença define o mal estar completo na vida depois [...]. Todos nós adoecemos de maneira diferente, cada um de um jeito. (Enfermeiro 1).*

A doença, como um processo que desencadeia de acordo com as percepções do indivíduo, traz o sentimento de vulnerabilidade, por ser um período em que perdemos a “capacidade de instituir normas nas diferentes condições” (CANGUILHEM, 1986, p. 128) que nos apresentam. Porém, se o indivíduo apresenta um perfil proativo, ele se adapta à nova condição e segue a vida dentro da “sua” normalidade. Daí porque considerar a doença “não como uma variação da dimensão da saúde, mas uma nova dimensão de vida” (CANGUILHEM, 1986, p. 128).

A questão apresentada por Canguilhem (1986) revela que o surgimento de adversidades, como um acidente, uma patologia que se instala no organismo ou um simples mal estar, nada mais é que uma dimensão da própria natureza e isso não

deve ser encarado como problemática. Mas, as atitudes e reações que virão com a nova situação que se instala, essas, sim, determinam o que é saudável ou o que é doentio. “Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é luxo biológico” (CANGUILHEM, 1986, p.140), tal como revelam as narrativas a seguir.

*b) Característica de reação perante a doença*

As próximas narrativas apontam a propriedade responsiva que cada indivíduo apresenta e como isso interfere negativa ou positivamente diante da doença.

*Mas eu vejo também assim, que os pacientes, aquele que é espiritualizado é diferente, aquele que tem uma estabilidade emocional é diferente, o jeito que conduz aquela doença, então eu trabalho com muitos pacientes oncológicos, com câncer, eu vejo que aquele paciente que tem um ânimo interior, é dele sabe, assim ninguém põe, claro existe acompanhamento, tratamentos, mas que ele está animado, está bem, eu já tive casos que o paciente falo assim, “Óh, o médico falou que eu não tenho salvação e acabou, mas eu vou ter”, e levantou da mesa, “eu sei que eu vou dar um jeito, eu vou sarar, eu vou curar”. E aí a gente sabe que desenvolvimento da doença é diferente. (Nutricionista 2).*

*[...] a pessoa que não se valoriza acaba comendo, não tem uma prática de esportiva boa, então não valoriza seu corpo, então a gente vê acúmulo de gordura muito grande [...] A pessoa que não tem uma evolução emocional, que ela sempre reclama, ela nunca tá bem, às vezes a melhora tá ali na cara dela, mas ela nunca, ela não consegue visualizar isso, nem sentir essa melhora, entende, [...] ela fica remoendo aquilo, então às vezes tudo é motivo de gravidade, assim ela não consegue perceber a melhora. [...] Eu já tive uma paciente com câncer que em relação à quimioterapia o corpo dela ficou muito edemaciado, então precisou fazer drenagem linfática, nossa, a sublimidade da mulher, como ela encarou essa doença, era fantástico sabe, ela simplesmente falou assim pra mim, “Ah, o câncer mexeu com a pessoa errada”, em nenhum momento, ela sempre se demonstrou muito serena e nunca ela, ai por que comigo, ela nunca lamentou sabe, a doença em si. (Fisioterapeuta 1).*

*[...] Agora já tive casos de pacientes depressivos graves que têm sérias dores no corpo, não consegue parar de chorar, não consegue viver bem com o*

*marido, com a família, nem com ela mesmo, então isso gera um outro problema de saúde. (Fisioterapeuta 1).*

*[...] eu vejo que cada ser humano tem a sua singularidade, muitas vezes que algo que pra mim me prejudicaria e me adoeceria, talvez você não, talvez um problema social, um problema econômico poderia me trazer muito mal, mas pra você não, então eu acho que cada pessoa ela adocece de uma forma diferente, porque não implica só no adoecimento físico, a doença em si ela não é só física, por isso eu penso que cada pessoa tem a sua singularidade e adocece de formas diferentes. (Enfermeiro 2).*

*[...] na formação de mestrado, aprendi que [...] independente da cultura que o ser humano tá inserido, o que ficou marcante pra mim é que o processo de saúde e doença na verdade depende unicamente do sujeito, [...] cada um de nós tem o poder da autocura, você pode se autocurar mesmo com o que você tem de recurso, com o que você conhece, basta que você deseje, fazer então a interpretação, buscar o que realmente te daria mais saúde, buscar a prevenção, a cura através do seu próprio conhecimento. (Nutricionista 1).*

Aqui os profissionais pontuam a capacidade de reagir perante a doença, colocada como um fator capaz de alterar o trajeto estabelecido pela doença. Tais observações estão de acordo com a base de entendimento da Homeopatia, descrita por Velloso (2003), que se apoia no paradigma vitalista, quando considera que todo ser humano apresenta um princípio vital, que é a força complexa e dinâmica que ordena o organismo. A doença é considerada o desequilíbrio desta força, que muitas vezes é reparada pela escolha qualitativa do sujeito para uma nova ordem, cabendo ao homeopata ajudá-lo a resignificar as limitações surgidas com a doença pelo processo de adaptação. Por isso que esta racionalidade médica<sup>20</sup> trabalha orientada para compreender o ponto de vista do doente em detrimento dos aspectos físicos e fisiológicos.

É a tolerância diante das infidelidades do meio que Canguilhem (1986) denomina saúde, e ainda, que “o homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações – às vezes súbitas – de seus hábitos, mesmo em termos

---

<sup>20</sup> Racionalidade médica: categoria proposta por Luz (2008) definida como um sistema de lógica e teoricamente estruturado, em que os fundamentos das diversas racionalidades residem qualificando suas raízes filosóficas.

fisiológicos; ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem” (CANGUILHEM, 1986, p.141). Interessante observar que os profissionais apontam para um dado importante na recuperação da saúde, mas que o sistema de formação baseado no modelo biomédico, pelo qual todos eles passaram, não os capacita para revelar a subjetividade do indivíduo e sua atuação diante das manifestações da doença tal como a formação do homeopata.

c) *Discordância com a afirmação da OMS*

Nos próximos excertos, os entrevistados fazem observações interessantes quanto a esta não correspondência da formulação do conceito saúde proposta pela OMS com relação ao que eles observam sobre o adoecimento das pessoas. Neste primeiro a observação apresenta-se reveladora para o próprio participante da pesquisa:

*[...] algumas [pessoas] adoecem porque não aguentam algumas situações que outras aguentam, então eu aguento a situação psicológica de estresse, de adversidade e eu não adoço por isso, mas tem pessoas que não suportam isso, porque elas não aguentam as adversidades que aparecem, elas se tornam deprimidas, depressivas, e aí hoje em dia a gente tem muito disso, a pessoa vai ficando doente por diversos motivos, tem casa, tem saúde, tem comida, tem educação, tem tudo e a pessoa tá doente, e tem outras que não têm nada e não estão doentes, e que engraçado né, porque o conceito de saúde é o bem-estar geral, mas se você for analisar individualmente, elas adoecem diferentemente. Tem gente que não adoce nunca e tem gente que adoce por nada. (Enfermeiro 3).*

Essa declaração corrobora a crítica de Segre e Ferraz (1997) quanto à definição de saúde da OMS — o “completo bem-estar”, definição considerada ilusória, impossível de ser medida, conceituada para atender ao modelo biomédico ainda predominante, para quantificar em estatísticas de saúde. Os escritores apontam que, quando se divide “bem estar físico, mental e social”, a fragmentação está posta, uma vez que o estudo da Psicanálise, trazida por Freud, já demonstrou a inseparabilidade da mente e do soma (corpo), portanto, “bem estar” já se refere ao conjunto. A prova está nos estudos das doenças psicossomáticas, em que o indivíduo apresenta sintomas físicos, agudos ou crônicos, mas que após

investigações de exames não é encontrada a causa “palpável”, ou seja, no conjunto material orgânico, a “doença somática surge apenas como uma ‘via a mais’ para externar a turbulência afetiva, tendo sido essa via inconscientemente buscada pelo sujeito, incapaz de harmonizar os seus conflitos interiores” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 540). Os autores buscam em suas análises levantar argumentos para incitar a reflexão aos estudiosos da Saúde para o melhor conhecimento do seu material de estudo.

Vale ressaltar que, em se tratando de seres humanos, vemos que não é possível discutir seus atributos separando por áreas, como bem nos lembra Morin (1994), quando expõe que todo indivíduo é um ser com uma característica peculiar, carrega atributos biológicos e ao mesmo tempo não biológicos. Aprendemos, porém, a encará-lo como um objeto separado por quadrículas, “estudamos o homem biológico no departamento de biologia e o homem cultural e psicológico nos departamentos de ciência humana e psicologia” (MORIN, 1994, p. 282). É possível notar, nos relatos dos entrevistados, que eles procuram entrar em assuntos importantes para a pessoa, no sentido de ajudá-lo a solucionar o seu problema de saúde.

*[...] Então primeiro eu vejo o que você está sentindo, depois sempre pergunto, mas pra você o que isso significa, “isso começou quando [...]” e a gente vai ver outros motivos, que às vezes ele nem está se dando conta. [...] Eu acho que as pessoas hoje em dia se observam muito pouco. Eu acho que a capacidade de parar pra olhar o que você tá sentindo, o que isso tem a ver, e acho que o Sistema de Saúde acaba reforçando isso, porque aí você vai no médico, ah tá doendo o estômago, então toma um antiácido, mas eu acho que no geral as pessoas também não têm essa prática [...] Acho que até frequente acontecer [...] porque assim, você tem que ver o que é importante pro paciente naquela hora, se pra ele tá sendo importante conversar sobre isso, o assunto surgiu, então eu vou. (Médico 2).*

*[...] Principalmente por questões emocionais, que é o que mais cai comigo assim, tanto da oncologia, ou quem está acima do peso, baixa autoestima da mulher, em consultório aqui eu fico tratando e eu vejo que muitas vezes eu estou falando de nutrição, ela não se atenta tanto, quando eu começo a tocar do seu cuidado, do seu amor próprio, do seu bem estar social, daí chama a atenção. Então*

*muitas vezes eu tenho que lidar com isso também.* (Nutricionista 2).

A relação de empatia entre o profissional da Saúde e o sujeito atendido proporciona cumplicidade na busca por resultados. O profissional que se utiliza do conhecimento científico para compreender as experiências pessoais dos indivíduos, sem se colocar em uma postura de superioridade, estimula o sujeito a ter posição tão ativa quanto a dele, dividindo a responsabilidade de buscarem o reequilíbrio à saúde (CAPRARA; FRANCO, 1999). O atual momento tem trazido à tona a necessidade de trazer a pessoa para o centro das decisões e suplantar a relação entre profissional da Saúde e o sujeito atendido para uma relação entre seres humanos (OLIVEIRA, 2002).

É possível perceber que nas duas narrativas a seguir a noção individual do sujeito perante a vida é abordada:

*Saúde é tudo aquilo que vai contribuir pra que ele não tenha uma patologia [...] E aí que o paciente, o indivíduo possa sentir isso na sua qualidade de vida, então quando ele tem uma qualidade de vida, se sente bem, feliz, acho que até o termo feliz, então eu considero que ele está saudável.* (Nutricionista 2).

*[...] então o que seria saúde, o bem-estar completo do cidadão, estar bem fisicamente, psicologicamente, financeiramente, socialmente, ter casa, moradia, educação, alimentação e estar feliz, se ele estiver feliz, ele pode estar até com a saúde um pouco abalada, mas, se ele se sente feliz, ele consegue ter uma saúde; mais plena, é o que tem percebido ultimamente.* (Enfermeiro 3).

Embora o Enfermeiro 3 aponte alguns fatores possíveis de pontuar, como moradia, alimentação e educação, ao final declara uma condição imensurável. As duas afirmativas referem-se a aspectos subjetivos do sujeito, ou seja, o indivíduo é que determina sua condição de saúde. Percebe-se serem essas afirmativas que contrariam a definição da OMS, porque ao dizer o “*indivíduo possa sentir isso na sua qualidade de vida*” e “*ele pode estar até com a saúde um pouco abalada, mas se ele se sente feliz, ele consegue ter uma saúde mais plena*” indicam que os fatores físicos, mentais e sociais não abalam a saúde se o sujeito encontra formas de se fazer feliz e ter qualidade de vida.

Canguilhem (1986, p. 51), ao dizer que “quando consideramos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual”, ou seja, a maneira como o sujeito encara seu contexto social, físico e emocional, influencia seu estado geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar conhecer como os profissionais da Saúde no cenário pluricultural de fronteira constroem, em suas práticas discursivas, representações sobre saúde-doença, retomo as questões que nortearam esta pesquisa e as construções que se tornaram evidentes.

- a) Como foi sendo (re)significado o conceito de saúde e doença e qual o papel da interdisciplinaridade no contexto atual?

A ênfase biológica que busca se manter em torno do tratamento da saúde e da doença há tempos não tem correspondido aos anseios dos indivíduos e, a partir destes resultados, também não corresponde àquilo que os profissionais da Saúde têm percebido na prática. As entrevistas revelaram que os participantes, embora formados e inseridos no modelo biomédico, apresentam posturas voltadas para os princípios holísticos. O resgate do subjetivismo em um movimento de retorno, segundo Sousa Santos (2010), busca dar sentido ao conhecimento acumulado nas ciências. Devido a esta observação, foi possível traçar um paralelo com a proposta da interdisciplinaridade.

Analisando as narrativas, foi possível perceber que os profissionais buscam ultrapassar as limitações apresentadas pelo modelo vigente, com o objetivo de compreender o outro. Para mim, esta é a atitude interdisciplinar: articulação da teoria com a prática, em um processo de reflexão e ação (TRINDADE, 2008), postura necessária para que se possam efetivar práticas holísticas com mais abrangência na Saúde. É possível perceber a evidencia da “obrigação moral”, citada por Christians (2006, p. 152), e a presença da consciente importância do outro nas relações sociais.

- b) Como as representações sobre diferenças culturais influenciam em suas práticas profissionais?

A percepção da cidade de Foz do Iguaçu como pluricultural e, por isso, uma cidade atípica para se trabalhar em Saúde, já era observada por mim quando cursava a faculdade de Enfermagem e depois na prática como enfermeira. Com a análise realizada por meio dos dados colhidos em documentos nas instituições e das narrativas obtidas durante as entrevistas, foi possível destacar aspectos mais

pontuais, como o fato de que o perfil pluricultural da cidade de Foz do Iguaçu modifica o perfil de atendimento na Saúde, além de provocar, em geral, mudanças nos profissionais pelo contato com a diversidade trazida por outras culturas.

As observações apontadas nas entrevistas mostram que o contato com pessoas de outras culturas, além de ampliar o conhecimento relacionado à saúde, mobiliza os profissionais para o processo de adaptação e, para muitos deles, de reflexão sobre as próprias práticas na Saúde. Neste aspecto, considero positiva a influência da pluralidade no cotidiano dos profissionais, porque a presença frequente do diferente passa a ser um desafio também frequente, transformando este profissional no sentido de se colocar mais aberto para o novo e para o outro, característica cada vez mais necessária no contexto da atualidade pela presença da globalização, que aproxima pessoas e invisibiliza fronteiras físicas e simbólicas.

Todos os participantes da pesquisa mostraram-se sensíveis aos significados construídos pelos sujeitos de outras nacionalidades, com exceção de um entrevistado, que praticamente não relatou nada significativo quanto às questões culturais.

Sintetizando, foi possível perceber que o contato com pessoas de outras culturas provoca mudanças que, em sua maioria, mostraram-se positivas no sentido de que o profissional apresenta-se mais aberto, flexível e atento ao outro. Examinou-se o interesse dos profissionais da Saúde entrevistados em conhecer mais da cultura do sujeito atendido, que é diferente da sua, o que contribuiu para considerar o conceito adequado para representar a saúde dos indivíduos, como proposto por Segre e Ferraz (1997, p. 542): “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”.

Quanto à terceira pergunta de pesquisa, ou seja, (c) quais representações são construídas pelos profissionais da Saúde sobre a saúde e a doença?, foi possível observar construções de saúde e de doença bastante profundas e contraditórias, no sentido de que evidenciaram reflexões acerca do tema. Embora, quando questionados inicialmente sobre como os profissionais da Saúde conceituam saúde, a resposta imediata da maioria foi em conformidade com a concepção proposta pela OMS, “um completo bem-estar físico, psíquico e social e não somente a ausência de distúrbios ou doenças”. Mas, no decorrer das entrevistas, quando as narrativas mostraram-se mais descontraídas, foi possível observar que as representações de saúde e doença, passaram a tomar um caráter ao mesmo tempo

subjetivo e dinâmico com as condições do meio em que o indivíduo se encontra, isto é, o quadro de desequilíbrio instalado, seja por patologia ou por acidente, não é o que determina a saúde ou a doença, mas a forma individual de responder a esta situação. Pode-se dizer que as respostas mostraram-se contrárias à proposta assumida pela OMS.

A problemática do conceito apresentado como referência pela OMS para representar assuntos referentes à saúde dos indivíduos no ocidente está justamente na tentativa de fixar esta representação, quando, na realidade, somente a representação de saúde construída pelo próprio indivíduo é que fará sentido. É possível afirmar que esta questão mostra-se como reflexo da insuficiência do modelo cartesiano proposto nas ciências ao tratar assuntos que apresentam aspectos subjetivos.

As narrativas sobre a representação da doença aparecem como fator secundário nos apontamentos dos entrevistados; há momentos que desaparece perto da observação feita pelos entrevistados quanto às atitudes dos sujeitos atendidos diante do estabelecimento da doença. Esta perspectiva não é a mesma que o modelo biomédico apresenta na formação dos profissionais e na atuação das práticas em Saúde, sendo própria das práticas baseadas nos princípios holísticos.

Para concluir, acredito que, ao propor o tema de pesquisa, o pesquisador entende que ela poderá contribuir de alguma forma para a sociedade. Esta também é minha expectativa. Porém, se isso não ocorrer, deixo registrado que ela já serviu de conforto para os anseios presentes desde os primeiros momentos que experienciei o trabalho em Saúde Pública como enfermeira, diante da frustração pessoal pela incapacidade em tratar a doença do sujeito, não sob o aspecto físico, mas a doença de estar sempre nos postos em busca de atendimento, mesmo que exames físicos apontassem “nada”. Os resultados obtidos neste trabalho ajudaram-me a compreender que o atendimento compartimentado da especialização, o enfoque tecnológico e o tratamento curativista oferecidos hoje são métodos para remediar a doença e não de alcançar a saúde.

A oportunidade de contato com os participantes da pesquisa teve a capacidade de reanimar minha perspectiva para a melhora na Saúde, porque, assim como acredito que para alcançar a saúde é necessário compreender as atitudes do sujeito, também creio que a mudança necessária no Setor parta da mudança na postura dos próprios profissionais da Saúde.

## REFERÊNCIAS

ADAM P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

ALBUQUERQUE, C.; OLIVEIRA, C. **Saúde e doença**: significações e perspectivas em mudança. Viseu: Millenium, 2002. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm)>. Acesso em: 12 out. 2013.

ALBUQUERQUE, J. L. C. **Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço**: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolítica(s)*, Natal, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

ALMEIDA, G. J. **As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade**. *Diálogos com a teoria da representação social*. Organização: Maria de Fátima de Souza Santos; Leda Maria de Almeida. Alagoas: Universitária da UFPE, 2005. p. 39-76.

ALMEIDA, T. M. C.; PEREIRA, O. P. **A formação médica segundo uma pedagogia de resistência**. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 69-79, set./2004-fev./2005.

ALVES, A. **Interdisciplinaridade e matemática**. In: *O que é interdisciplinaridade*. Ivani C. A. Fazenda (org.). São Paulo: Cortez, 2008.

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMBROZANO, R. M. **Enfermagem**: formação interdisciplinar do enfermeiro. São Paulo: Arte e ciência, 2002.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 117-124, 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/60/63](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/60/63)>. Acesso em: 29 out. 2013.

BADURA, B; KICKBUSCH, I. **Health promotion research**: towards a new social epidemiology. World Health Organization, 1991. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/156205/euro\\_series\\_37.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/156205/euro_series_37.pdf)> Acesso em: 24 out. 2013.

BARBOSA, B. **As surpresas da genética**: fim do Projeto Genoma traz mais perguntas do que respostas. *Veja Online*, ed. 1688, São Paulo, 21 fev. 2001. Disponível em: <[http://veja.abril.com.br/210201/p\\_058.html](http://veja.abril.com.br/210201/p_058.html)>. Acesso em: 22 jan. 2013.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BILLINGS, G. L. **Discursos racionalizados e epistemologias étnicas**. In: DENZIN-LINCOLN. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORTONI-RICARDO, S. M. **O professor pesquisador: introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Parábola, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 17 out. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas de Pesquisas envolvendo os seres humanos**. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

BROOM, A.; WILLIS, E. **Paradigmas alternativos e pesquisa em saúde**. In: DENZIN-LINCOLN. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CANCLINI, N. G. **Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

\_\_\_\_\_. **A globalização imaginada**. São Paulo: Iluminuras, 2007.

\_\_\_\_\_. **Diferentes, desiguais e desconectados: mapas da interculturalidade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jun./set., 1999.

CARDOSO, C. M. **Ciência e ética: alguns aspectos**. *Revista Ciência & Educação*, Bauru, v. 5, n. 1, p. 1-6, 1998.

CASANOVA, Pablo. G. **As novas ciências e as humanidades: da academia à política**. São Paulo: Boitempo, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out., 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 ago. 2013.

CHRISTIANS, C. G. **A ética e a política na pesquisa qualitativa.** In: DENZIN-LINCOLN. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CUCHE, Denys. **A cultura nas ciências sociais.** Bauru: Edusc, 2002.

DANTAS, F. **O que é homeopatia?** São Paulo: Brasiliense, 1986.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DINIZ, D. S. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar: trajetórias da medicina hipocrática.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=294](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=294)>. Acesso em: 18 jun. 2012.

FALLER, J. W. **O envelhecer em diferentes etnias e as práticas de cuidado: um olhar da enfermagem.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, 2011. Disponível em: <<http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000195431>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulus. 2003.

FERREIRA, J. O corpo sígno. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FEYERABEND, P. **Contra o método.** Rio de Janeiro: F. Alves, 1989.

FINE, M. *et al.* Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLECK, M. P. A. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.** *Rev. Saúde Pública.* Santa Maria/RS, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. **Dados socioeconômicos de Foz do Iguaçu 2011.** Foz do Iguaçu, 2011. Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

FREIRE, P. **À sombra desta mangueira.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2012.

FREYRE, G. **Sociologia da Medicina.** São Paulo: É realizações, 2009.

GADOTTI, M. **Educadores do Brasil - Paulo Freire**. 2008. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=8V14AtILyDo>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIMENEZ, G. Cultura, identidad y memoria: materiales para una sociología de los procesos culturales en las franjas fronterizas. **Fronteira Norte**, v. 21, n. 41, p. 7-32, jan./jun., 2009.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GRAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev., 2005.

HALL, S. Identidade Cultura e diásporas. **Revista do Patrimônio Hist. e Artsc. Nacional**. n. 24, p. 68-75, 1996.

\_\_\_\_\_. Quem precisa de id? In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.) **Identidades e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HANNERZ, U. **Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional**. *Mana*, 3(1): 7-39, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v3n1/2454.pdf>> Acesso em: 08 out. 2013.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=0>>. Acesso em: 22 out. 2011.

LIMA, T. C. S. *et al.* A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun., 2007.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. Controvérsias paradigmáticas, contradições e conferências emergentes. In: DENZIN-LINCOLN. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LOPES, A. D.; SIMON, G. Abre alas para a desintoxicação. **Veja**, São Paulo, editora Abril. ed. 2257, ano 45, n. 8, p. 68-75, fev./2012.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 145-176, 2005.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: Uma introdução**. São Paulo: Atlas. 2010

MARTINO, N. Onde os mundos se encontram. **Rev. Online Horizonte Geografico**, ed. 132, 2010. Disponível em: <<http://horizontegeografico.com.br/exibirMateria/1064/onde-os-mundos-se-encontram>>. Acesso em: 08 out. 2013.

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.

MAZZI, C. EUA: maior gasto com saúde e índices subdesenvolvidos. **Jornal do Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/internacional/noticias/2013/01/11/eua-maior-gasto-com-saude-e-indices-subdesenvolvidos/>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

MEC. **Saúde**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

MELEIRO, A. M. A. S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos, 2001.

MENESES, M. P. G. “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada”: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SOUSA SANTOS, B. (org.). Semear outras soluções: **os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2005.

MINAYO, Maria Cecília S. **O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica**. In: GUARECHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra. *Textos em representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: **pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORIN, E. **Epistemologia da complexidade**: Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2011.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

\_\_\_\_\_. Concepção de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: DUARTE, L. F. D. **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PEREIRA, R. C. J. Promoção da saúde e prevenção de doenças: responsabilidade individual ou responsabilidade social. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 345-350, 1992.

- PERNA, P. O; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P..pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.
- PIRES-SANTOS, M. E. **O cenário multilíngue/multidialeto/multicultural de fronteira e o processo identitário “brasiguai” na escola e no entorno social**. 2004. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Universidade Estadual de Campinas, 2004. Disponível em: <[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/LinguaEspanhola/Teses/Santos.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/LinguaEspanhola/Teses/Santos.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinariedade. Ideação. **Rev. Educação e Letras**, Unioeste, Foz do Iguaçu, v. 19, n. 1, p. 9-49, 1. sem. 2008.
- PRIGOGINE, I. Dos relógios às nuvens. In: SCHREITMAN, D.F. (org.) **Novos paradigmas, culturas e subjetividade**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.
- PRIOTTO, E.P. **Violência escolar: políticas públicas e práticas educativas**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Curitiba, 2008.
- QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, p. 309-317, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínia**. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (orgs). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- \_\_\_\_\_; CHIARINI, A. M. **Concepções e práticas referentes ao processo saúde, doença e cura em camadas de baixa renda no município de Paulínea**. *Relatório de Pesquisa*. Convênio UNICAMP/DMPS/NEPP/FINEP, Campinas 1990. Disponível em: <<http://www.nepp.evento4u.com/arquivos/caderno%2019.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2013.
- RIBEIRO, R. L. M. **A escolha entre terapias não convencionais e a medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes**, 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010. Disponível em: <[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15375/1/Disserta%20a7%20a3o\\_mestrado\\_Rita%20Luzia%20Ribeiro.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15375/1/Disserta%20a7%20a3o_mestrado_Rita%20Luzia%20Ribeiro.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2012.
- SANTANA, C. L. A; LOTUFO NETO, F. Cultura nativa é essencial à saúde mental de refugiados. **Boletim Instituto de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, p. 9-9, jun., 2001.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. Conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 31, n. 5, p. 537-542, 1997.

SERVALHO, G. **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul./set., 1993.

SEVE, L. **Para uma crítica da razão bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, L. F. *et al.* **A comunidade cigana e o etnocentrismo da instituição médica de saúde comunitária**. Actas do IV Congresso Português de Sociologia – Sociedade Portuguesa: Passados recentes, futuros próximos. Coimbra, 2000.

SILVA, R. C. M. **Reordenação de identidades de imigrantes árabes em Foz do Iguaçu**. *Trab. Ling. Aplic. Campinas*, 47(2): 357-373, jul./dez. 2008.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interpretações. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUSA SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2010.

TEIXEIRA, E. **Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde**. *Rev. Esc. Enf, USP*, v. 30, n. 2, p. 286-90, ago., 1996.

TESSER, C.D. **Medicinas complementares**: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura). São Paulo: UNESP, 2010.

TRINDADE, D.F. **Interdisciplinaridade**: um novo olhar sobre as ciências. In: *O que é interdisciplinaridade*. Ivani C. A. Fazenda (org.) São Paulo: Cortez, 2008.

VELLOSO, A.F. **Da Homeopatia à Medicina Chinesa** – A Trajetória dos Pontos de Weihe. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[http://www.academia.edu/3102058/Da\\_Homeopatia\\_a\\_Medicina\\_Chinesa-A\\_Trajectoria\\_dos\\_Pontos\\_de\\_Weihe](http://www.academia.edu/3102058/Da_Homeopatia_a_Medicina_Chinesa-A_Trajectoria_dos_Pontos_de_Weihe)>. Acesso em: 12 mai. 2012.

XABA, T. **Prática médica marginalizada**: a marginalização e transformação das medicinas indígenas na África do Sul. In: SOUSA SANTOS, B. (Org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2005.

## ANEXOS

### ANEXO A — APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIOESTE



**PARECER 058/2013-CEP**

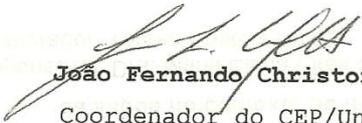
Projeto de Pesquisa, pesquisadora responsável: Maria Elena Pires Santos da UNIOESTE.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná analisou em sessão ordinária do dia 25/04/13, Ata 02/2013 - CEP, o processo CAAE 14229013.1.0000.0107, referente ao projeto, intitulado "Representação Do Conceito Saúde-Doença Por Profissionais Da Saúde No Contexto De Fronteira".

Assim, em conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e/ou a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Cascavel, 25 de abril de 2013.

  
João Fernando Christofolatti  
Coordenador do CEP/Unioeste

Prof. Dr. João Fernando Christofolatti  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa com Seres Humanos  
Resolução nº 5267/2012 - CRES

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: **Representação do conceito saúde-doença por profissionais da saúde no contexto de fronteira**

Pesquisador responsável: Dra. Maria Elena Pires Santos

Pesquisador colaborador: Teresa Cristina Duarte

Convidamos para participação em nossa pesquisa que tem o objetivo de compreender como os profissionais de saúde no cenário pluricultural de fronteira constroem, em suas práticas discursivas, representações sobre saúde/doença. Para tanto, serão realizadas entrevistas, gravadas em áudio ou registradas em diário de campo, para posterior transcrição e análise.

Durante a execução do projeto, os participantes terão todo o apoio da pesquisadora que irá sanar suas dúvidas e nenhum custo lhes será imputado; no caso de o participante sentir-se constrangido quanto a alguma pergunta ou observação, resguarda-se o direito de cancelar seu consentimento em qualquer momento. Poderá ainda procurar as pesquisadoras pelo telefone (45) 9924-5045, quando sentirem necessidade de maiores esclarecimentos. Também poderá buscar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste - CEP/Unioeste, através do telefone (45) 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. Além disso, todos os participantes do projeto terão sua privacidade respeitada, visto que suas identidades serão mantidas em sigilo e os dados coletados serão usados apenas para fins científicos, sendo importante lembrar que a participação nesta pesquisa não acarretará nenhum custo ou ganho para o participante.

Os fundamentos trazidos neste projeto ajudarão os profissionais a refletir quanto às forças sociais que limitam as condutas de saúde, pelo entendimento crítico do contexto social da comunidade que apresenta diversidade cultural. Simultaneamente às análises dos dados, retornaremos aos entrevistados para que possam avaliar as interpretações e conclusões, ficando claro que qualquer interpretação ou dado que o participante considere inadequado será imediatamente excluído do trabalho.

Este termo é redigido em duas vias, ficando uma com os sujeitos da pesquisa e a outra do pesquisador responsável.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do sujeito de pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Maria Elena Pires Santos, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

